UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 10

STATISTIQUE HOMOGÈNE DE 39 LAPAROTOMIES POUR TUBERCULOSE GÉNITALE DE LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 Janvier 1941

PAR

Eugène-François-Pierre-Marie JOUSSET

Né à Bordeaux (Gironde), le 3 juillet 1914
Croix de guerre 1939-1940

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*
WANGERMEZ, professeur .....
BROUSTET, agrégé ..... *Juges.*
MAHON, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE
18, Rue du Peugue

1941

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0012

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 10

STATISTIQUE HOMOGÈNE DE 39 LAPAROTOMIES POUR TUBERCULOSE GÉNITALE DE LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 Janvier 1941

PAR

Eugène-François-Pierre-Marie JOUSSET

Né à Bordeaux (Gironde), le 3 juillet 1914
Croix de guerre 1939-1940

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*
WANGERMEZ, professeur .....
BROUSTET, agrégé ..... *Juges.*
MAHON, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE
18, Rue du Peugue

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.
Clinique chirurgicale et gynécologique	N.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Zoologie et parasitologie	N.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.
Physiologie	FABRE.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale). CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FRANCK.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY.
Chirurgie générale	LOUBAT. MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Obstétrique	RIVIERE. MAHON.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	AURIAC.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
Histoire naturelle médicaleet parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGERE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLEE.
Urologie	DARGET.
Législat. pharmaceutique.	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Anatomie	J.BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois tout.

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MES CAMARADES DU IIe BATAILLON DU 14e R. T. A.

A mon Maitre, le Docteur A. CHAUVENET

ancien interne des hôpitaux de bordeaux
chirurgien de l'hôpital de thouars
croix de guerre 1939-1940

Qui m'inspira le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre vive gratitude.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MM. LES MEDECINS DE L'HOPITAL CIVIL
DE ROCHEFORT-SUR-MER

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit sur la question de la tuberculose génitale de la femme et il peut paraître vain d'y revenir.

Mais, actuellement, certains auteurs font une place importante à la physiothérapie de cette affection et certains même paraissent regretter qu'en France tout au moins on n'attache pas assez de valeur à ce mode de traitement, et, tout particulièrement, à la rœntgenthérapie qui est, par contre, très en honneur en Allemagne.

Et, devant ce courant, il nous a semblé qu'il ne serait peut-être pas inutile de rappeler l'excellence de la chirurgie et les preuves qu'elle a données de son efficacité.

Nous n'aurions certes pas songé à choisir ce sujet de travail pour notre thèse si nous n'avions pas eu à notre disposition le « matériel » important que représentent 39 observations inédites et provenant toutes du même chirurgien, le docteur Chauvenet, de Thouars.

Dans la majorité de ces cas, l'examen histologique a confirmé la nature tuberculeuse des lésions enlevées opératoirement.

Nous disons cela une fois pour toutes, de façon à éviter des redites inutiles et à éviter des critiques possibles et qui seraient sans fondement.

Mais, plus encore, attachons-nous de l'importance à ce fait que toutes ces observations comportent la notation scrupuleuse des résultats éloignés.

Car toutes les malades ont été suivies par leur chirurgien, revues par lui, soignées sous ses directives par les médecins traitants. Et certaines de ces opérées sont ainsi surveillées

depuis douze ou treize ans. Nous avons eu nous-même l'occasion de revoir certaines d'entre elles ces jours derniers.

Tout cela est loin d'être négligeable.

Nous disons d'emblée que, malgré les nouvelles thérapeutiques physiques, la chirurgie n'a rien perdu de ses droits.

Cela ne veut pas dire que nous ayons l'intention d'opposer la chirurgie à la physiothérapie.

Une telle attitude serait stérile et manquerait d'objectivité scientifique.

Rappeler les bienfaits de la chirurgie dans la maladie qui nous occupe, insister sur eux, ne veut pas dire que nous pensions qu'il faille négliger l'appoint des autres moyens thérapeutiques qui peuvent avoir, qui doivent avoir, leurs indications.

Notre intention est surtout, à l'occasion de l'étude de notre statistique, d'insister sur ce que peut donner la chirurgie, sur ce qu'elle donne en vérité, à quel prix elle le donne et sur sa place exacte dans « l'arsenal thérapeutique » que nous avons à notre disposition contre une localisation tuberculeuse grave, pratiquement souvent primitive (nous verrons plus loin ce que, à l'instar de Moulonguet, il faut entendre par là) et relativement très fréquente.

Nous ferons un rappel succinct de l'étiologie de la localisation génitale de la tuberculose chez la femme pour la placer, en quelque sorte, dans le cadre de la pathologie pratique courante et nous n'insisterons pas outre mesure sur ces données maintenant rendues classiques par une longue série de travaux parmi lesquels il faut noter l'apport important de faits dus à l'Ecole Lyonnaise. Il ne fait pas oublier, en effet, que les noms de Pollosson, de Fr. Condamin, de Delore et Chalier, de Violet, de Villard, sont inséparables de toute étude portant sur le sujet qui nous occupe.

D'autre part, l'Ecole Parisienne, avec J.-L. Faure, Douay, Dehau, etc., a fourni un appoint non négligeable.

L'étude plus serrée des formes anatomo-pathologiques nous servira à poser les données du problème de tactique

chirurgicale, car c'est surtout ici qu'il y a matière à discussion, voire à controverse. Et puis, c'est peut-être ici que peut être mis en évidence un moyen terme venant justement de l'apport des armes physiothérapiques comme procédés préparant à l'intervention ou comme adjuvants de l'acte opératoire lorsque celui-ci n'a pas pu être « radical ».

Nous aurons l'occasion de montrer que ce terme n'a, dans notre esprit, aucune valeur absolue et que l'on peut obtenir une guérison radicale avec des interventions d'exérèse qui ne l'ont guère été.

Quels sont les cas pour lesquels il faut intervenir? Quels sont ceux pour lesquels on *peut* intervenir? Quelle opération pratiquer, si l'on a jugé utile et possible d'intervenir, selon la forme anatomo-pathologique de la localisation tuberculeuse utéro-annexielle, selon l'état général de la malade? Quelles sont les limites de l'audace chirurgicale devant la gravité des lésions, devant les adhérences, les foyers plus ou moins limités, séreux ou purulents, de péritonite péri-annexielle, devant l'état de l'intestin, de la vessie?

Tout cela représente les éléments d'une discussion qui sera, en somme, l'objet même de notre travail.

Nous verrons que, dans cette discussion, l'Ecole de Bordeaux dit son mot.

Nous ne méconnaissons pas que, pour être complète, une telle étude devrait comporter une série de cas aussi homogène où la physiothérapie aurait été, seule ou en association avec la chirurgie, mise en œuvre.

Faute de pouvoir actuellement faire cette confrontation sur des bases relativement identiques, notre travail ne peut être que fragmentaire.

Mais l'apport de faits est déjà quelque chose d'assez solide pour que nous nous sachions d'avance excusé.

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

La tuberculose utéro-annexielle est certainement très fréquente.

Disons tout d'abord que si l'on fait examiner par l'histologiste les trompes enlevées pour des causes diverses, on trouve assez souvent des lésions indiscutablement tuberculeuses, mais restées cliniquement latentes. Voici à titre d'exemple une observation très résumée d'une malade qui, opérée pour cancer du corps utérin,présentait en même temps une trompe droite tuberculeuse.

Observation

Mme B..., âgée de 50 ans, malade du Dr Langeau (de Château-du-Loir), adressée au Dr Chauvenet pour pertes de sang continues depuis quelques mois.

Opération le 1er février 1938 avec le diagnostic de cancer du corps.

La laparotomie montre l'exactitude du diagnostic.

Petit kyste dermoïde de l'ovaire gauche. A droite, la trompe est grosse comme le poing, tendue, indurée comme s'il existait une tumeur à ce niveau.

Hystérectomie totale.

L'examen histologique (Dr Bonnard, n° 11727) montre qu'au niveau de l'utérus il s'agit d'un épithélioma atypique.

La trompe présente des lésions indubitablement tuberculeuses.

Nous voulons parler ici, non de ces formes, mais des *formes* évolutives de la tuberculose génitale chez la femme.

Anatomiquement tuberculeuses, cliniquement décelées par un ensemble de signes permettant le plus souvent leur identification, même dans les formes de début.

L'examen histologique, dans certains cas, montre que certaines salpingites évolutives, crues banales, étaient en réalité tuberculeuses et cette constatation explique après coup certains faits particuliers de l'évolution clinique.

Cette découverte a permis aussi de faire changer certaines opinions communément admises (en particulier sur la nature des salpingites des jeunes mariées, pour lesquelles on incriminait autrefois, trop facilement, le gonocoque, alors que « la tuberculose y intervient pour sa part » (Grimault, Sauvé...).

La fréquence de la tuberculose utéro-annexielle comparativement aux autres métro-salpingites est très diversement évaluée par les auteurs.

Voici quelques pourcentages :

13 % Pollerson ; 4 % Targett ; 2,4 % Grégoire ;
12 % Douay ; 13 % Villard ; 33 % Santy...

On pourrait multiplier à l'infini cette énumération ou en faire des tableaux comme ceux produits par Daniel, sans arriver à se faire une religion à cet égard.

Pour notre part, nous ne saurions dire exactement quel pourcentage exact représentent nos observations, car le chirurgien à qui nous les devons a opéré en quinze ans *extrêmement peu* de salpingites banales.

Mais, de tout cela, se dégage néanmoins la certitude que, si l'on ne peut pas donner de chiffres précis, il n'en reste pas moins vrai que la tuberculose utéro-annexielle est fréquente, très fréquente, et qu'elle compte pour une large part dans la chirurgie gynécologique d'un centre important.

Ce qui est plus certain, c'est la fréquence de la localisation tubaire de l'affection (93 % dans le tableau de la tuberculose génitale de la femme, Philippe ; 95 % Salhard).

L'ovaire est plus rarement atteint. Il serait protégé (en analogie avec le testicule) : 1° par son albuginée; 2° par les qualités chimiques de sa propre substance (Kundrat).

La fréquence relative de la tuberculose du col par rapport à la tuberculose annexielle est évaluée à 3 % par Douay.

L'étude systématique des pièces montrerait que l'association des lésions du col, du corps de l'utérus et des annexes est plus fréquente qu'on ne croit.

Peut-être aussi certaines métrites des vieilles femmes se montreraient-elles tuberculeuses si l'on poussait plus loin les investigations anatomiques ou bactériologiques (Pinsan).

Un autre fait paraît aussi certain : c'est la rareté réelle des lésions tuberculeuses annexielles chez les femmes mortes de tuberculose pulmonaire.

On trouverait des localisations annexielles chez ces femmes (à l'autopsie) dans 2 % des cas, Cornil; 7,8 % Barkely; 12 % Marletti. Comme corollaire, il faut noter chez les malades atteintes de tuberculose génitale la rareté des accidents évolutifs pulmonaires concomitants.

Cela fait de la localisation génitale une localisation pratiquement, cliniquement primitive.

La tuberculose génitale *isolée* paraît donc être la plus fréquente. « Une forme de tuberculose associée est relativement fréquente, c'est la pleuro-péritonite tuberculeuse. Or, nous savons les relations étroites qui existent entre la péritonite et la salpingite tuberculeuse; celle-ci serait donc parfois associée à des lésions pleuro-pulmonaires » (Moulonguet).

D'ailleurs, en lisant nos observations, on verra que, chez la plupart de nos malades, il existait des antécédents personnels ou héréditaires chargés.

Chez toutes, la localisation génitale était la seule en *activité* au moment où elles ont été vues et traitées.

Pratiquement, il s'agissait de tuberculose isolée, *primitive* pour employer une expression qui devrait être abandonnée et conservée seule pour le chancre primaire d'inoculation.

Cette connaissance des antécédents des malades est l'argu-

ment le plus solide et indiscutable de l'infection génitale par voie sanguine.

D'ailleurs, il semble bien que chez beaucoup de malades il y ait eu une première localisation de l'infection au niveau de l'appareil génital qui ait laissé des lésions discrètes, le plus souvent hypotrophiques (l'infantilisme utérin est noté par de nombreux auteurs : Morozowa et Melnikoff, César Lopez, Doriga, etc.) et cette hypotrophie est à la base de bien des stérilités (J. Ch. Bloch, Moulonguet, etc.) et qu'il se produise ultérieurement, à certaines occasions de la vie génitale (puberté, mariage, grossesses (Bégouin) une nouvelle et plus grave poussée évolutive.

Il n'en reste pas moins vrai que, dans certains cas, on peut admettre l'infection directe ascendante par des contages (Grimault) par le sperme bacillifaire (Murphy). Mais toutes ces notions sont désormais classiques et il serait vain d'insister sur elles.

Qu'elle soit directe ou qu'elle emprunte la voie lymphatique, la voie ascendante est certainement rare.

Comme dans toutes les séries jusqu'ici publiées, la nôtre montre que la tuberculose génitale est une maladie des femmes jeunes.

Sur 39 opérées :

3 avaient moins de 20 ans;
21 entre 20 et 30 ans;
13 entre 30 et 40 ans;
2 au-dessus de 40 ans;

Le plus grand nombre des malades avaient entre 25 et 35 ans.

Un certain nombre d'entre elles étaient des jeunes filles; beaucoup étaient mariées sans avoir eu de grossesses; quelques-unes avaient eu un ou plusieurs enfants.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la plupart de nos malades avaient des antécédents familiaux ou personnels chargés au point de vue tuberculeux et il est à noter que 13 d'entre elles, sur 39, avaient été soignées pour pleurésie.

CHAPITRE II

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Avec Villard, on peut classer ainsi les formes anatomo-pathologiques de la tuberculose utéro-annexielle chez la femme :

1° Tuberculose séreuse de la trompe ;

2° Tuberculose parenchymateuse, interstitielle ;

3° Formes suppurées et caséeuses.

Il faut y adjoindre les formes cervicales ulcéreuses ou végétantes et les formes endométritiques corporéales dont aucun cas ne figure dans notre série.

Elle comporte deux observations où une ulcération bacillaire du col coexistait avec une atteinte grave annexielle (obs. 1-2).

Observation I

Mme M..., âgée de 40 ans, malade du Dr Pillot, est adressée au Dr Chauvenet pour douleurs abdominales et métrorragies.

Aucun passé pathologique.

A eu 4 enfants.

Bien réglée jusqu'à il y a deux ans. A partir de ce moment, pertes abondantes au cours des règles. Depuis quelques mois, petites pertes de sang, pertes blanches, douleurs abdominales, état fébrile. Température oscillant entre 38° et 39°. A fait, il y a trois semaines, une crise d'obstruction intestinale.

Utérus bloqué par une double masse annexielle peu sensible.

Col ulcéré et saignant, dur.

Diagnostic : Tuberculose annexielle coexistant peut-être avec un néoplasme du col.

La biopsie faite à ce niveau montre qu'il s'agit de tuberculose.

Opération le 15 mars 1927.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Péritonite tuberculeuse procédant par petits foyers ascitiques, multi-cloisonnés ; granulations sur l'intestin.

Masse annexielle adhérente à l'intestin grêle, au sigmoïde.

On referme en trois plans. Guérison opératoire.

Fistule tuberculeuse consécutive.

Morte trois ans après de tuberculose pulmonaire.

Observation II

Mme M..., 28 ans, malade du Dr Delagenière.

Depuis quelques mois, pertes sanglantes en dehors des règles. Gros col en « bouchon de champagne » saignotant, un peu dur, ayant fait d'abord penser à un néo. Corps un peu gros, peu mobile, non douloureux.

Opération le 23 février 1932.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Rachi-allocaïne : 0,10.

Laparotomie médiane.

Un peu de liquide séreux dans l'abdomen.

Semis de granulations bacillaires péritonéales, surtout sur l'utérus et les trompes.

Hystérectomie totale, toutes ligatures faites.

Appendicectomie.

Paroi en trois plans (catgut).

Guérison après phlébite bilatérale.

Vue en juillet 1935 : va très bien.

En novembre 1940 : état général remarquable ; petits troubles d'insuffisance ovarienne ; ulcère variqueux de la jambe droite.

La tuberculose de l'utérus peut frapper la muqueuse ou le myomètre. Dans ce dernier cas, elle peut s'abcéder et s'ouvrir secondairement dans la cavité utérine (cas de Bégouin où le diagnostic de fibrome avait été porté).

En pratique, il faut donc insister sur la tuberculose tubaire.

a) *Tuberculose séreuse de la trompe.*

C'est la tuberculose génito-péritonéale classique avec un semis de granulations sur le péritoine pelvien et sur les trompes qui ont un peu épaissi, rouges, dont les franges tubaires sont légèrement agglutinées, sans pus sur l'ostium.

En général, il n'y a pas, ou il n'y a que peu de granulations sur le grêle.

Dans la cavité péritonéale, il y a une quantité plus ou moins grande de liquide séreux, le plus souvent libre, parfois enkysté dans la région génitale (obs. 2).

Il n'est pas rare que les trompes, dont la séreuse est couverte de granulations, soient distendues par un hydrosalpinx plus ou moins volumineux (obs. 3, 4, 5 par exemple).

Observation III

Mlle D..., 30 ans, malade du Dr Goupille.

Antécédents familiaux chargés au point de vue tuberculeux.

A fait une pleurésie à 15 ans.

Souffre du ventre depuis quelques années, surtout dans la fosse iliaque droite. Soignée pour « appendicite » depuis longtemps.

Mauvais état général. Règles irrégulières et très peu abondantes.

Température oscillant entre 37°5 et 38°.

Toucher rectal montrant l'existence d'une double lésion annexielle peu douloureuse.

Diagnostic : Péritonite tuberculeuse d'origine génitale.

Opération le 31 décembre 1929.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie au balsoforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Adhérences serrées de l'épiploon au péritoine pariétal antérieur.

Un peu de liquide séreux dans le ventre; quelques granulations sur le mésentère et le grêle.

Double hydrosalpinx tuberculeux couvert d'adhérences intestinales grêles difficilement libérées.

Double salpingectomie.

Ablation de l'appendice.

Paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires simples.

A passé un an au Sanatorium de Minibic.

A engraissé de 9 kilos et les suites se sont maintenues parfaites ultérieurement au point de vue abdominal.

Observation IV

Mme B..., 30 ans, malade du Dr Bugeau.

Souffre du ventre, en particulier du côté droit, depuis quelques mois; pertes abondantes en blanc. Règles douloureuses.

Pleurésie il y a dix ans.

Pas d'enfants.

Kyste de l'ovaire droit, peu mobile, un peu douloureux.

Le côté gauche paraît indemne.

Opération le 22 décembre 1930.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane.

Double hydrosalpinx; trompes et péritoine utérin couverts de granulations tuberculeuses typiques.

Kyste de l'ovaire droit gros comme deux poings.

Hystérectomie subtotale.

Appendicectomie.

Paroi en trois plans (crins perdus) en laissant un drain pendant 48 heures.

Suites opératoires simples.

Vue en 1938, allait très bien.

Troubles importants d'insuffisance ovarienne traitée par la folliculine.

Observation V

Mlle G..., 26 ans, employée à la S. N. C. F.

Souffre du ventre depuis quelques mois.

Règles irrégulières et douloureuses.

Depuis quelques semaines, douleurs beaucoup plus violentes du côté droit. Trompe droite très douloureuse. Utérus peu mobile.

Légère élévation thermique.

Le diagnostic le plus probable paraît être celui de péritonite bacillaire.

A eu un enfant.

A fait une pleurésie dans sa jeunesse.

Opération le 17 novembre 1934.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il y a un peu de liquide dans le ventre. Pas de granulations.

Appendice un peu rouge.

Appendicectomie. Enfouissement.

Du côté génital, il existe des adhérences vélamenteuses couvrant l'utérus et comblant le cul-de-sac de Douglas.

Hydrosalpinx bilatéral.

Ovaires malades.

Hystérectomie subtotale.

Paroi en trois plans, crins perdus, inversés, sans drainage.

En décembre 1936, va très bien.

Novembre 1940 : va très bien.

Il est probable que souvent ces lésions guérissent spontanément et qu'elles peuvent parfois passer inaperçues dans un complexe clinique plus ou moins fruste de la période pubertaire, ce qui expliquerait cette hypoplasie génitale dont nous avons déjà parlé plus haut et que l'on retrouve si souvent dans les observations des malades opérées pour des lésions

plus graves, développées ultérieurement à l'occasion de nouvelles poussées évolutives. Parcelier a justement insisté sur cette possible évolution.

b) *Tuberculose parenchymateuse, interstitielle de la trompe.*

Dans ces cas, les trompes sont épaissies, blanches, indurées, moniliformes.

Les franges tubaires sont atrophiées et l'extrémité externe des trompes est renflée en massue.

La paroi tubaire est épaisse et lardacée à la coupe.

Sur le péritoine tubaire, on trouve quelques granulations qui signent le diagnostic anatomique, et c'est surtout l'histologie qui démontre la nature tuberculeuse des lésions.

Dans ces formes, les adhérences viscérales sont rares, les lésions péri-utéro-annexielles discrètes.

La réaction séreuse du péritoine est très atténuée lorsqu'elle existe, ce qui est loin d'être la règle (obs. 6).

Observation VI

Mlle D..., 19 ans, malade du Dr Merlet.

Depuis plusieurs mois souffre du bas-ventre.

Etat subfébrile 37°5 à 38° de façon continue, malgré le repos.

Maximum des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Aucun antécédent tuberculeux personnel ou collatéral.

Rien du côté pulmonaire.

Opération le 18 novembre 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Appendice rouge.

Appendicectomie. Enfouissement.

Les deux trompes sont nodulaires, dures, du volume d'un index, d'aspect tuberculeux.

L'ovaire droit est adhérent au Douglas et malade. Un peu de pus sourd par les franges tubaires.

Salpingectomie gauche.

Ovario-salpingectomie droite.
Paroi en trois plans (catgut) sans drainage.
Guérison.
Excellent résultat.
S'est mariée.
Petits troubles, très légers, d'insuffisance ovarienne.

c) *Formes suppurées et caséeuses.*

Ce sont les formes les plus fréquentes et les plus graves de la tuberculose génitale de la femme.

Dans ces cas, les lésions sont extrêmement variées et, parfois, défient toute description.

Dans certains cas, il s'agit de suppurations intra-tubaires avec un minimum de phénomènes réactionnels péri-annexiels.

Les trompes sont distendues, de couleur pâle, pouvant atteindre de très gros volumes.

Et on est frappé de la « liberté » de ces énormes *abcès froids lubaires* qui sont le plus souvent bilatéraux.

A la coupe, la paroi de la trompe est plus ou moins épaisse et contient des tubercules intramuraux à leurs divers stades d'évolution.

Dans bien des cas, les lésions pariétales sont discrètes et on a l'impression que les lésions ont été primitivement développées sur la muqueuse.

Dans d'autres cas, la paroi tubaire est plus ou moins couverte de tubercules caséeux « perforés et bouchés » par des adhérences multiples d'organes variés, d'épiploon, d'intestin grêle agglutiné et collé à la zone génitale.

Ces adhérences sont, soit directes; soit indirectes, car il existe des abcès et des nodules caséeux entre la trompe et ces viscères (obs. 7).

Observation VII

Mme G..., 36 ans, malade du Dr Belloy.

Douleurs abdominales, température à grandes oscillations, état général déplorable.

Accidents datant de quelques semaines, à évolution aiguë.

Masse génitale bloquée, relativement indolente.

Echec du traitement médical.

Opération le 21 septembre 1938.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane.

Granulations diffuses.

Appareil génital caché par le sigmoïde adhérent. Sa libération entraîne l'ouverture d'un abcès froid dans lequel s'ouvre la lumière recto-sigmoïde.

Suture intestinale (catgut).

Double salpingectomie.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison opératoire.

Exitus fin décembre par méningite bacillaire.

Il n'est pas rare de voir une fusion pratiquement intime de la trompe et du sigmoïde, des perforations avec fistules tuberculisées tubo-intestinales, tubo-sigmoïdiennes (obs. 8, 9, 10, 11, 12) ou tubo-cæcales (obs. 13).

Observation VIII

Mme L..., 28 ans, malade du Dr Pillot.

A été opérée il y a six ans pour annexite par ovario-salpingectomie gauche, dans une autre ville. Aurait fait à ce moment une longue suppuration abdominale post-opératoire.

Depuis, pertes blanches, aménorrhée, crises douloureuses avec fièvre.

Utérus noyé dans une masse pelvienne peu douloureuse.

Diagnostic : Salpingite tuberculeuse.

Opération le 3 juin 1927.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Libération de quelques adhérences épiploo-pariétales.

Le pelvis est occupé par une masse inflammatoire cachée sous un magma indescriptible d'anses grêles accolées et d'épiploon.

On est conduit à réséquer 20 cm. de grêle (anastomose termino-terminale en trois plans au lin), et à ouvrir le sigmoïde dans lequel est ouvert le moignon (assez long et tuberculisé) de la trompe gauche. Gros pyosalpinx droit.

Hystérectomie par procédé de Kelly de gauche à droite.

Fermeture de la petite ouverture sigmoïde sous trois plans de suture.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison après fistulette stercorale fermée chirurgicalement deux ans après par dissection du tuberculome et fermeture en bourse de l'intestin.

Remarquable résultat se maintenant en 1939.

Aucun trouble d'insuffisance ovarienne. Vie normale.

Observation IX

Mlle A..., 26 ans, malade du Dr Gallois.

Antécédents tuberculeux collatéraux et personnels chargés (adénite bacillaire du cou).

N'avait jamais souffert du ventre jusqu'à ces temps derniers.

Bien réglée, pas de pertes.

Depuis un mois et demi, douleurs dans le bas-ventre, élévation de la température, apparition d'une masse annexielle droite relativement peu douloureuse, fondue brusquement, il y a trois semaines, en quelques heures.

Double pyosalpinx peu douloureux; utérus bloqué.

Malgré tout le traitement médical : repos, glace, etc..., la température reste élevée et l'état général s'altère.

On pense à une salpingite tuberculeuse réchauffée.

Opération le 12 décembre 1930.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane.

Double pyosalpinx adhérent, le droit est *ouvert dans le rectum.*
Hystérectomie subtotale.
Suture en trois plans de la paroi rectale, fistulisée.
Mikulicz. Paroi en trois plans (crins perdus).
Guérison rapide et sans incidents.
Fistule pariétale pyogène ayant duré un an.
Va très bien en 1940. Aucun trouble d'insuffisance ovarienne.

Observation X

Mme R..., 27 ans, malade du Dr Gallois.

Souffre du ventre depuis plusieurs mois; douleurs pelviennes. Température élevée. Blocage pelvien donnant d'abord l'impression d'une annexite banale.

Mais la gravité des lésions résistant au traitement médical, le peu relatif des douleurs, les antécédents (sœur opérée par le Dr Chauvenet, obs. XXVI, il y a quelques jours, pour tuberculose génitale), font penser à une histoire bacillaire.

Perte de pus par le rectum. Poussées de fièvre élevée avec frissons.

Opération le 31 mars 1932.
Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.
Rachi-allocaïne : 0,10.
Laparotomie médiane.
Granulations sur l'intestin.
Double pyosalpinx tuberculeux.
Le gauche est ouvert dans le sigmoïde dont on ferme la brèche en trois plans de lin.
Double salpingectomie.
Drainage par lame de caoutchouc ondulé.
Paroi en un plan.
Guérison.
Résultat bon en 1938. Excellent en 1939.

Observation XI

Mme M..., 35 ans, malade du Dr Thomas.

Aucune grossesse. A fait une pleurésie séro-fibrineuse il y a cinq ans.

Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre, amaigrissement considérable, fièvre à grandes oscillations, aménorrhée, pertes blanches abondantes.

Soignée avec une remarquable persévérance par un autre médecin, avec le diagnostic de pyélo-néphrite, que n'avait d'ailleurs confirmé aucun examen.

Double masse annexielle bloquée et peu douloureuse au toucher.

Diarrhée persistante depuis plusieurs semaines.

Diagnostic : Annexite tuberculeuse.

L'état général de la malade est misérable et on hésite longuement avant d'intervenir.

Opération le 21 février 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Sous un feutrage épais d'adhérences épiploïques et intestinales grêles, on découvre péniblement un double pyosalpinx tuberculeux.

A gauche, la trompe est énorme et ouverte dans le sigmoïde dont la paroi est tuberculisée et friable. Il existe deux fistules tubo-sigmoïdiennes.

Hystérectomie subtotale.

Réfection difficile et paraissant précaire de la brèche sigmoïdienne.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Fistule stercorale et mort le dixième jour.

Observation XII

Mme F..., 21 ans, malade du Dr Frère.

Depuis plusieurs mois, souffre du bas-ventre et température oscillant entre 38° et 40°. Amaigrissement. Etat général misérable, cachexie.

Grosse masse pelvienne peu douloureuse relativement aux signes généraux.

A fait une pleurésie il y a trois ans.

A eu un enfant, et les troubles ont débuté après l'accouchement.

Diagnostic : Annexite tuberculeuse.

Effet nul de refroidissement.

Opération le 30 septembre 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Grosse masse surtout gauche, adhérente au sigmoïde, nettement tuberculeuse. Grosses adhérences épiploïques et grêles difficilement libérées.

Hystérectomie subtotale de droite à gauche.

Fistule arrondie à bords ourlés du rectum, que l'on excise et que l'on ferme en trois plans au lin.

Mikulicz après cloisonnement du pelvis.

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison.

Résultat remarquable se maintenant en 1940.

Observation XIII

Mme E..., 34 ans, malade du Dr Pagé.

Malade opérée de colpotomie le 21 janvier 1925 pour phlegmon pelvien.

Refroidissement depuis cette date, sans arriver à faire tomber entièrement la température qui oscille entre 37°5 et 37°8.

Lésions génitales ayant beaucoup régressé, mais stationnaires depuis un mois.

Opération le 11 avril 1935.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx tuberculeux, fistulé à droite dans le cæcum.

Hystérectomie subtotale difficile.

Réfection de la paroi cæcale en trois plans au fil de lin.
Mikulicz. Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).
Sérum anti-colibacillaire.
Guérison après suites simples.
Excellent résultat se maintenant en 1940.
Pas de troubles ovariens.

Il existe autour de l'utérus des foyers plus ou moins bien enkystés de péritonite soit séreuse, soit suppurée.

Le pus est parfois du pus tuberculeux typique, ou du pus fétide d'infection secondaire.

Dans certains cas, on observe la présence de pus absolument libre dans le Douglas (obs. 14, 15).

Observation XIV

Mme H..., 30 ans, malade du Dr Pineau.

Depuis deux ans souffre du ventre, règles douloureuses, température élevée, mauvais état général.

A droite, grosse masse un peu douloureuse, immobile, en « coulée de suif ».

A fait une pleurésie il y a dix ans.

Mariée sans enfants.

Opération le 18 janvier 1934.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane.

Gros pyosalpinx droit, tuberculeux, libre d'adhérences.

Pus tuberculeux libre dans le Douglas.

Hystérectomie rapide de gauche à droite.

Appendicectomie.

Mikulicz.

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison après fistule tuberculeuse ayant duré plusieurs mois.

Malade perdue de vue depuis un an. Avait à ce moment, en 1939, un excellent résultat.

Observation XV

Mme T..., 20 ans, malade du Dr Goupille.

Grosse masse para-utérine droite constatée plusieurs semaines après un accouchement.

Pas de température. Douleurs abdominales.

A fait une pleurésie il y a quelques années.

Opération le 26 mars 1936.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx d'aspect bacillaire, pus dans le Douglas.

Libération difficile d'anses grêles adhérentes.

Aucun aspect inflammatoire du péritoine pelvien.

Hystérectomie subtotale par décollation postérieure.

Pas d'appendicectomie.

Mikulicz. Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison après phlébite droite.

Excellent résultat en novembre 1940.

Petits troubles d'insuffisance ovarienne.

La vessie est souvent accolée à la face antérieure de l'utérus et du bloc utéro-annexiel, et sa libération s'avère comme étant des plus ardues (Obs. XVI). Qu'on se rappelle seulement l'observation de M. Parcelier, dont nous aurons à reparler ultérieurement.

Observation XVI

Mlle G..., 20 ans, malade du Dr Tézé.

Souffre du ventre depuis plusieurs années.

Mauvais état général. A été soupçonnée de tuberculose autrefois.

Masse pelvienne génitale bloquée, coulée de suif.

Opération le 6 janvier 1930.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie au balsoforme.

Incision médiane.

Double pyosalpinx tuberculeux adhérent à la vessie qui cache l'utérus, à l'épiploon, à l'intestin.

Hystérectomie subtotale après hémisection médiane.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison opératoire.

Excellent résultat. Va bien en 1940. Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Dans beaucoup de nos observations, nous avons trouvé de telles lésions et leur rédaction résumée ne permet pas de se faire une idée, même approchée, de l'indescriptible *désordre* de la région pelvienne et de ses difficultés d'abord.

Il n'est pas exceptionnel de trouver des lésions de tuberculose iléo-cæcales associées (obs. 17, 18). J.-Ch. Bloch en a publié une observation analogue.

Observation XVII

Mme A..., 34 ans, malade du Dr Bouchet.

Depuis de longues années, souffre du bas-ventre et de la fosse iliaque droite.

Crises extrêmement douloureuses au moment des règles.

Pas d'enfants.

Utérus gros, annexes grosses et fixées. Douleurs iliaques.

Aucun antécédent tuberculeux.

Opération le 18 mars 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx tuberculeux.

Hystérectomie subtotale relativement facile.

Tuberculose iléo-cæcale (ulcération de la muqueuse, masse abcédée de la paroi de l'angle iléo-cæcal).

Hémicolectomie droite.

Réfection par anastomose latéro-latérale (trois plans au lin).

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux), drain sus-pubien.

Durée : 1 heure 20. Gaz le 3e jour ; selle spontanée le 4e.

Ablation du drain le 3e jour.

Psychose aiguë post-opératoire ayant entraîné l'internement ultérieur de la malade, mais actuellement guérie.

Guérison.

En novembre 1936 : va très bien, résultat remarquable.

En novembre 1940 : résultat absolument parfait à tous points de vue.

Observation XVIII

Mlle C..., 24 ans, malade du Dr Goupille.

Opérée d'appendicite aiguë en avril 1930.

Depuis plusieurs années, violentes douleurs iliaques droites,

Etat subfébrile.

Diagnostic : Tuberculose du cæcum.

Opération le 30 novembre 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie verticale droite type Jalaguier.

Magma d'adhérences épiploïques et grêles dans lesquelles on découvre difficilement un double pyosalpinx tuberculeux et un cæcum manifestement atteint de lésions tuberculeuses à forme lymphatique (déjà, au cours de l'appendicectomie, le Dr Chauvenet avait été frappé par l'aspect inflammatoire du cæcum).

1° Salpingite double ;

2° Hémicolectomie droite avec suture bout à bout.

Drainage par lame ondulée. Paroi en un plan.

Guérison.

Excellent résultat en 1940.

Nous avons dit, au début de ce travail, que dans presque tous nos cas l'examen histologique avait confirmé la nature tuberculeuse des lésions.

Nous ne saurions répéter le protocole histologique à la fin de chaque observation.

Voici quelques comptes rendus typiques :

Obs. 13. — Mme E... « il s'agit d'une inflammation chronique. La réaction de défense se traduit par la formation d'amas nodulaires d'éléments réticulo-histiocytaires à morphologie plus ou moins dégradée, entourés d'une atmosphère de lymphocytes. Parmi ces éléments, se détachent des masses plasmodiales multinucléées, présentant les caractères des cellules géantes de Langhans. Ces caractères histologiques sont généralement en rapport avec une localisation tuberculeuse » (Dr A. Bonnard, examen n° 9139).

Obs. 31. — Mme B... « il s'agit d'une salpingite chronique. La réaction de défense se traduit par la formation d'amas nodulaires d'éléments réticulo-histiocytaires entourés d'une atmosphère lymphocytaire. Parmi ces éléments, se détachent des masses plasmodiales à noyaux multiples disposés radiairement à la périphérie d'un cytoplasme granuleux, acidophile, largement étalé, caractères morphologiques des cellules géantes de Langhans. Cette cytologie est généralement en rapport avec une localisation tuberculeuse » (Dr A. Bonnard, examen n° 9643).

Obs. 6. — Mlle D... « Il s'agit d'une salpingite chronique. La réaction de défense se traduit par la formation d'amas nodulaires de réticulocytes entourés d'une atmosphère de lymphocytes. Parmi ces éléments, se détachent des masses plasmodiales volumineuses à noyaux multiples, allongés, disposés radiairement à la périphérie d'un cytoplasme granuleux, érytrophyle, à contours anguleux, caractères morphologiques des cellules géantes de Langhans.

« Les franges tubaires sont agminées ou tronçonnées; la paroi contient de vastes flaques caséeuses.

« Ces caractères histologiques sont, en général, en rapport avec une localisation tuberculeuse » (Dr A. Bonnard, examen n° 8042).

Obs. 39. — « Macroscopiquement, forme interstitielle. Mlle D... Salpingite. Inflammation de type chronique, diffuse, affectant par endroits le type nodulaire ou folliculaire : une couronne de cellules épithéliales entourant un centre d'aspect granuleux semé de débris nucléaires. Les cellules multinucléées, du type Langhans, sont présentes, mais rares, et situées à la périphérie des follicules.

« Ces derniers sont inclus dans un tissu de granulations riches en lymphocytes et plasmocytes.

« Quoique la recherche du B. K. ait été négative, on conclut qu'il s'agit de lésions de caractère tuberculeux » (Dr A. Bonnard, examen n° 10392).

Obs. 11. — Mme M... « Annexite tuberculeuse. Le fragment examiné est formé par un tissu fibreux tout infiltré de lymphocytes. Sur l'un des côtés de la préparation se trouvent des zones caséifiées. Quelques tubercules centrés par une cellule géante permettent de confirmer le diagnostic de tuberculose ». (Mlle E. Dubreuilh, examen numéro 631.)

Nous ne saurions indéfiniment multiplier ces exemples. D'autre part, nous devons dire que, dans un seul cas (obs. 19), l'examen histologique a été négatif et n'a pas permis d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions. Mais dans ce cas, le caractère des lésions anatomo-pathologiques macroscopiques, l'évolution clinique et, surtout, l'évolution post-opératoire (fistules tuberculeuses avec présence de B. K. dans le pus) enlève tout doute s'il pouvait y en avoir.

Observation XIX

Mme D..., 22 ans, malade du Dr Alluaume, est adressée au Dr Chauvenet.

A été vue, il y a quelques semaines, par un confrère pour des douleurs abdominales et iliaques droites pour lesquelles le diagnostic d'appendicite a été porté.

Vue ces jours derniers par le Dr Alluaume qui a pensé, d'une part, à une histoire pleurétique et, d'autre part, à des lésions génitales probablement bacillaires.

L'utérus est bloqué et flanqué de deux masses très développées et d'apparence kystique à droite, nettement tubaire à gauche.

Ces masses sont peu douloureuses au toucher.

Il existe un petit état subfébrile et la malade est extrêmement fatiguée. Elle a un enfant de 17 mois, et ses règles sont irrégulières et douloureuses.

Le diagnostic porté est celui de salpingite tuberculeuse avec une petite réserve pour kyste dermoïde droit.

Opération le 28 février 1939.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe un double pyosalpinx tuberculeux augmenté à droite par la présence d'un pseudo-kyste séreux.

Le sigmoïde adhère fortement à la trompe droite et on le libère très difficilement.

Appendicectomie et enfouissement. Hystérectomie subtotale.

Mikulicz. Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison après fistule tuberculeuse (présence de B. K. dans le pus) ayant duré quelques mois.

Héliothérapie.

Excellent résultat en novembre 1940.

Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Notre intention étant surtout de discuter la question thérapeutique, nous serons bref sur la partie concernant l'étude clinique et sur le diagnostic de la tuberculose génitale chez la femme.

Comme le fait remarquer à juste titre Douay, le diagnostic est facile dans les formes évolutives arrivées à un certain stade de leur évolution. Il est parfois extrêmement difficile dans les formes de début.

Cet auteur, avec Mlle Iepureano, a fait une revue des moyens de diagnostic que l'on pouvait utiliser et, en particulier, de la valeur de la réaction de Besredka.

La recherche directe des bacilles de Koch dans les sécrétions du col pourrait être utile dans certains cas. Mais la présence du bacille est exceptionnelle dans les formes uniquement tubaires. L'inoculation au cobaye prête le flanc aux mêmes objections avec, en plus, cette circonstance aggravante que la flore microbienne abondante de la voie génitale basse risque fort de rendre ce procédé impossible (Merletti).

On pourrait obvier à cet inconvénient en pratiquant une ponction du Douglas. Mais cela n'est pas toujours recommandable. La tuberculino-réaction et l'ophtalmo-réaction (Calmette) n'ont aucune valeur dans le cas présent.

Douay attache une certaine valeur à la réaction de Besredka qui, dans une de ses séries, aurait été positive dans 71,43 % des cas. Nous pensons que c'est insuffisant et nous attachons beaucoup plus d'importance à toute une série de signes de

présomption qui doivent permettre, le plus souvent, de serrer de près le diagnostic.

Les antécédents familiaux et personnels (fréquence très grande des pleurésies qui, peut-être, ont coïncidé avec une poussée péritonéo-génitale passée inaperçue); les troubles des règles (ménorragies au début, puis oligorrhée et parfois aménorrhée), l'infantilisme génital; la stérilité, l'état subfébrile persistant... il y a là autant d'éléments dont le groupement est singulièrement utile pour diriger le diagnostic.

On saura, dans les formes séreuses, faire la recherche minutieuse de l'ascite (le cas échéant en employant l'excellent procédé de C. Chavannaz); on appréciera par un examen minutieux la consistance des trompes indurées nodulaires, peu sensible dans les formes parenchymateuses.

Dans les formes ulcéro-caséeuses et suppurées, les choses seront encore plus faciles et on saura tenir compte de l'indolence relative des lésions pourtant étendues et nous ne parlons pas des cas où l'on trouve la classique « coulée de suif » qui indiquent une extension tout particulièrement grave du mal.

Enfin, il est un élément dont la valeur a une importance considérable : *c'est la résistance de la maladie aux moyens thérapeutiques médicaux usuels.*

A l'heure actuelle, on peut dire hautement que la plupart des métro-salpingites banales sont heureusement influencées et guérissent le plus souvent par le traitement classique du « refroidissement » avec l'aide de la chimiothérapie (sulfamides) et de la vaccination.

Les salpingites tuberculeuses ont quelquefois un temps favorable avec le traitement (atténuation des phénomènes d'infection secondaire), mais ce temps est bref et les lésions persistent par la suite en s'aggravant.

Quoi qu'il en soit, le groupement de tous ces faits permet le plus souvent de porter un diagnostic exact dans toutes les formes de la tuberculose utéro-annexielle (rappelons que la biopsie peut être d'un précieux secours dans les formes uté-

rines, quoiqu'il faille se méfier du curetage explorateur qui pourrait déterminer des poussées, des « flambées » tubaires ou génito-péritonéales).

Dans notre série de cas, le diagnostic pré-opératoire a pu être porté d'une façon exacte le plus souvent.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Dans un de ses articles, Douay dit en substance que le traitement chirurgical de la tuberculose génitale est un des actes de la chirurgie qui donne le plus de satisfactions. Et cela est certainement exact.

Il faut avoir revu certaines malades, opérées dans des conditions quasi-dramatiques, cachectiques, fiévreuses, il faut se rappeler l'importance des lésions rencontrées au cours de l'acte opératoire, les difficultés de celui-ci, et comparer ces souvenirs à l'état de guérison complète, radicale, que l'on a pu obtenir, pour comprendre la valeur de l'opinion de ce gynécologue.

La tuberculose génitale de la femme est essentiellement, et avant tout, du domaine chirurgical.

La question est de savoir :

1° Quelles sont les contre-indications de l'intervention ;

2° Quelle intervention il faut pratiquer ;

3° Quelles sont les limites à assigner à l'audace chirurgicale et la ligne de conduite à tenir devant certaines lésions associées ;

4° Quels sont les résultats obtenus avec des interventions faites partielles, par prudence, et quelle est, dans ces cas, la valeur des traitements physiothérapiques adjuvants ou complémentaires ;

5° Quelle est la valeur de ces modes de traitement lorsqu'ils sont employés en dehors de toute intervention chirurgicale.

1° *Etude des contre-indications opératoires* :

Violet s'est attaché à déterminer les contre-indications opératoires dans la tuberculsoe génitale de la femme.

Il l'a fait, d'ailleurs, en essayant de poser, par contre, les indications du traitement radiothérapique.

Avant de voir quelle est l'opinion de ce chirurgien qui a beaucoup écrit, et toujours avec le poids d'une grosse expérience et avec beaucoup de justesse de jugement sur le sujet qui nous occupe, nous voulons insister sur un premier fait qu'il n'a pas explicitement énoncé. C'est que la première contre-indication est la « jeunesse » de la poussée de tuberculose génitale.

Ici, comme par exemple en chirurgie ostéo-articulaire, pour tuberculose, il n'y a pas intérêt à se hâter et il faut savoir attendre que passe la « flambée » initiale pour prendre une détermination. Cela mettra à l'abri (surtout dans les formes séreuses) d'intervenir au cours de lésions cortico-pleurales discrètes et, plus encore, évitera parfois la méningite tuberculeuse post-opératoire. C'est pour avoir méconnu cette règle, que notre malade de l'observation 7 est morte de méningite trois mois après l'intervention. Dans ce cas, on s'est certainement trop pressé pour intervenir. Les contre-indications exposées par Violet sont d'ailleurs le corollaire de cette première règle, puisque ce gynécologue indique en premier lieu *« le défaut de localisation parfaite : les foyers péritonéaux non encore suffisamment enkystés et pouvant devenir opérables après héliothérapie.* »

Ces éléments sont d'ailleurs de valeur relative puisque nous avons vu que certaines de nos malades, opérées après un long traitement médical (ce qui a été le cas pour la grande majorité d'entre elles, puisque l'échec même de ce traitement a été souvent un élément de diagnostic) on a trouvé à l'intervention du pus libre dans le Douglas et en quantité importante.

La deuxième contre-indication énoncée par Violet est l'*envahissement du tissu cellulaire pelvien.*

A ce sujet, nous avons la conviction que bien des suppurations de l'espace pelvi-rectal supérieur sont d'origine bacillaire chez la femme et nous avons trouvé dans les observations du chirurgien à qui nous devons notre statistique un cas typique à cet égard. Cette malade est en cours de traitement et son observation ne figure pas ici. Elle doit être publiée ailleurs.

Enfin Violet indique *l'envahissement de l'intestin.*

Sauf dans les cas de fistules tubo-intestinales, il est difficile de l'apprécier cliniquement et nous verrons que nous n'en faisons qu'accessoirement une contre-indication à l'intervention.

Nous garderons donc : l'extrême « jeunesse » des accidents, l'envahissement du tissu cellulaire pelvien et certains cas trop « avancés » où l'état général de la malade est bien trop médiocre pour que l'on entreprenne un acte chirurgical qui sera certainement hérissé de difficultés.

Sans doute aurait-on mieux fait de s'abstenir d'opérer chez la malade de l'observation 11, qui était soignée depuis un temps considérable avec un diagnostic fantaisiste et qui était dans un état de cachexie impressionnant quand on l'a prise en mains. C'est la seule malade morte directement de l'intervention, dans notre série.

Mais il ne faut pas, cependant, reculer devant l'état de certaines malades. Beaucoup de celles dont l'observation figure dans notre série étaient dans un état déplorable et on avait l'impression sinon la certitude, que la maladie allait à grands pas vers la terminaison fatale. Dans ces cas, il faut, après essai de traitement médical sous surveillance précise, savoir prendre ses responsabilités.

Malgré la sécheresse inévitable de nos observations, on remarquera que certaines de nos opérées avaient été prises dans des conditions quasi-tragiques, considérablement amaigries, ayant depuis de longues semaines une température à grandes oscillations, que certaines d'entre elles avaient des fistules tubo-sigmoïdiennes connues cliniquement (dans deux

cas elles avaient été vérifiées par sigmoïdoscopie) et que toutes ont bénéficié d'une opération ardue et qui, en fin de compte, s'est montrée moins grave qu'on ne l'eût pu supposer cliniquement et anatomo-pathologiquement.

2° *Du choix de l'intervention.*

Nous serons bref dans ce paragraphe.

C'est que nous trouvons énoncées des règles claires et qui nous paraissent indiscutables, dans une remarquable communication de Villard.

a) *Tuberculose séreuse de la trompe.*

Dans ces cas, la guérison opératoire est constante et le traitement consistera dans une simple laparotomie de dessèchement avec ou sans exposition pré-opératoire aux ultra-violets.

b) *Formes parenchymateuses, interstitielles (ou œdémateuses, Tavernier) de la tuberculose tubaire.*

Ces cas sont justiciables d'interventions partielles, atypiques, les lésions subissant également une régression souvent considérable par la simple mise à l'air. Voici l'observation d'une malade qui présentait une salpingite droite tuberculeuse. Une salpingectomie droite est pratiquée par le Dr Chauvenet, l'ovaire et la trompe gauche paraissant sains.

Quatre mois plus tard, ce chirurgien doit intervenir et enlever un volumineux hydro-salpinx gauche (obs. 20).

Observation XX

Mme P..., âgée de 31 ans, malade du Dr Frappereau, adressée au Dr Chauvenet pour appendicite probable.

Depuis plusieurs années, souffre du côté droit. Prise, il y a quel-

ques heures, de douleurs plus vives dans la zone appendiculaire avec nausées, température à 37°7.

Douleur vive au Mac Burney.

Annexes droites volumineuses et non douloureuses.

Règles irrégulières. Mariée sans enfants.

Aucun passé pathologique notable.

Opération le 29 juin 1935.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Longue incision de Jalaguier.

Appendice gros, rouge, porteur de quelques granulations.

La trompe droite est grosse comme un œuf, couverte d'épiploon adhérent, son péritoine est épaissi et nacré.

Rien du côté gauche.

Appendicectomie et ovario-salpingectomie droite.

Paroi par plans sans drainage. Suites simples.

L'histologie (Dr Bonnard) confirme la nature bacillaire des lésions tubaires. Pas de tuberculose histologique de l'appendice.

Après une courte période de mieux, la malade se plaint de douleurs dans le côté gauche et elle recommence à maigrir.

Le toucher montre dans le cul-de-sac latéral gauche une masse du volume du poing, arrondie, un peu douloureuse, rénitente.

Opération le 31 octobre 1935 sous éther + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe : 1° un petit abcès froid couvert d'épiploon au niveau de la corne utérine droite; 2° un volumineux hydro-salpinx gauche couvert d'épiploon adhérent.

Hystérectomie sub-totale.

Péritonisation difficile en se servant du sigmoïde.

Paroi en trois plans, sans drainer.

Suites simples. Excellent résultat en 1940. Pas de troubles ovariens.

c) *Les formes suppurées, caséeuses, de la tuberculose annexielle.*

Ces formes « séquestres » selon l'expression de Villard, indi-

quent une intervention d'exérèse par opération conservatrice ou radicale.

Gouilloud résume la question en écrivant « en présence d'une tuberculose annexielle, il faut faire une laparotomie ». Celle-ci faite, on sera abstentionniste dans les formes séreuses ; opportuniste dans les formes parenchymateuses, radical ou abstentionniste dans les formes caséeuses ».

Nous souscrivons entièrement à cette règle générale et on s'y est tenu dans la longue série de cas que nous apportons ici et avec des résultats qui ne font qu'en confirmer la valeur.

3° *Les limites de l'audace chirurgicale* :

Nous ne voulons pas revenir sur la question de l'état général de la malade et sur celle des constatations cliniques faisant prévoir une intervention ardue. Peut-être l'appoint de la physiothérapie doit-il tempérer certaines audaces d'indication opératoire.

Notre intention est d'insister sur les limites des interventions d'exérèse, une fois la laparotomie faite, dans les formes caséeuses et suppurées. Nous parlerons aussi de la ligne de conduite à tenir en présence de certaines lésions associées et nous pensons tout particulièrement à la découverte d'une lésion tuberculeuse iléo-cæcale en cours d'intervention et nous apportons dans notre série deux cas inédits de salpingectomie bilatérale ou d'hystérectomie complétées dans un même temps par une hémicolectomie droite.

A. Venot et A. Parcelier ont consacré un petit article très intéressant à cette question.

Ils font remarquer que la difficulté et la gravité opératoire sont, en somme, en fonction des lésions intestinales.

Le « blocage pelvien » dans les formes qui nous occupent, est constitué par un magma épiploïque et intestinal où il est pratiquement impossible de trouver un plan de clivage et cette fusion est due à la véritable *soudure* des organes par l'intermédiaire de leur tuberculisation.

« Pour ce qui est de l'intestin grêle, il faut bien avoir présent à l'esprit que l'adhérence qui unit l'anse grêle à l'annexe tuberculeuse correspond souvent à un envahissement de la paroi intestinale par la bacillose. Un examen attentif montre, sur les bords de l'intestin déchiré, de véritables petits tuberculomes plus ou moins caséeux, d'où nécessité, pour faire une suture en tissus sains, de réséquer largement les bords de la déchirure et de ne pas se contenter d'un simple enfouissement au niveau d'une petite éraflure intestinale au fond de laquelle la paroi du viscère est infiltrée de bacillose, sous peine de voir, dans les jours suivants, une perforation se produire au niveau de la zone ainsi traitée, d'où péritonite généralisée et mort. Ainsi en advint-ils chez une opérée de Desgouttes ».

Et l'on sait que cette libération du grêle, plus ou moins agminé et collé à la zone génitale, conduit souvent à de grosses résections. Ainsi en fut-il dans notre observation (8) où « le pelvis était occupé par une masse inflammatoire cachée sous un magma indescriptible d'anses grêles accolées et d'épiploon et où l'on fut conduit à réséquer 20 centimètres d'intestin grêle ».

Le recto-sigmoïde est, nous l'avons vu très souvent, touché et la fistule tubo-sigmoïdienne ou tubo-rectale est fréquente.

Comme Vénot et Parcelier, nous avons l'impression que le danger ici est un peu moindre que du côté du grêle.

Mais la malade de l'observation (11) a fait une grosse fistule stercorale (la fermeture de la brèche sigmoïdienne avait été bien précaire) et cela n'a peut-être pas peu contribué à sa mort.

Dans un de nos cas, il existait une fistule tubo-cæcale, mais qui fut facilement libérée. On pratiqua la résection d'ailleurs limitée de la paroi cæcale tuberculisée et sa fermeture par plans. Le résultat se maintient excellent après plusieurs années.

Ces lésions intestinales peuvent conduire à des opérations particulièrement complexes : ainsi, dans le cas de Picard où une annexite tuberculeuse coexistait avec la tuberculisation d'un fibrome et du rectum et que ce chirurgien a traitée par l'hystérectomie avec résection du rectum.

Cette intervention a été suivie de succès et d'un excellent résultat éloigné.

Dans la série d'observations que nous apportons dans ce travail, les lésions vésicales ont été heureusement absentes ou discrètes et se sont bornées à créer de toutes petites difficultés pour libérer la vessie de la zone génitale. Il n'en a pas été de même dans certains cas rapportés dans la littérature chirurgicale et Venot et Parcelier insistent sur certains faits très impressionnants où le chirurgien a été conduit à pratiquer des résections plus ou moins étendues de la paroi vésicale.

Ce qui est impressionnant, lorsqu'on lit ces observations et celles que nous donnons (et encore une fois, leur sécheresse inévitable n'expose pas la réelle difficulté opératoire qui fut de règle dans ces cas), c'est que le plus souvent la guérison opératoire a été obtenue.

Dans notre série (faut-il voir un succès de Mukulicz souvent employé ? et cela irait à l'encontre de la méfiance que professent Venot et Parcelier à son égard), il n'y a eu qu'une mort opératoire. Mais, dans ce cas, il est hors de doute que le chirurgien a été entraîné et qu'il eût mieux valu s'abstenir.

Si nous voulions nous résumer, nous écririons volontiers qu'il ne faut pas craindre d'être audacieux, mais que, ainsi que l'a dit Ollier, « Tuberculose n'est pas cancer ».

Nous ne saurions clore ce chapitre sans insister sur deux de nos observations qui nous paraissent particulièrement intéressantes : les observations (17) et (18) où, au cours de l'opération, on a constaté l'existence d'une tuberculose iléo-cæcale coexistant avec une annexite bacillaire.

Dans ces deux cas, on a pratiqué une fois une salpingectomie double suivie d'hémicolectomie droite en un temps ; l'autre fois, une hystérectomie subtotale suivie d'hémicolectomie droite en un temps.

Ces deux opérées ont parfaitement guéri et, dans l'un et l'autre cas, le résultat éloigné est absolument remarquable.

J.-Ch. Bloch a publié une observation analogue où il a

terminé par une résection du fond du cæcum avec une guérison. Bien entendu cela n'est possible que si le traitement des lésions génitales n'a pas été particulièrement difficile, ou même s'il a été particulièrement facile. C'est ce qui s'est produit dans nos observations.

Enfin, soulignons l'excellence des résultats éloignés obtenus dans ce traitement chirurgical des tuberculoses annexielles graves.

Parfois il se fait, soit une fistule stercorale persistante que l'on peut traiter chirurgicalement, comme le conseille Parcelier. On sait qu'il préconise l'ablation de ce tuberculome allant de l'intestin à la peau et qui est, en pratique, suffisamment individualisé pour qu'on puisse facilement en poursuivre la dissection. Dans un seul de nos cas, on est intervenu (sur le conseil de M. Parcelier, d'ailleurs). Le plus souvent, ces fistules ont guéri spontanément, après un temps plus ou moins long. Souvent aussi il se fait (et même après des interventions purement exploratrices et de mise à l'air) des fistules tuberculeuses simples dont la suppuration est tarie en quelques mois par le traitement général et la lumière solaire ou les U. V.

Rappelons que les Lyonnais ont, à diverses reprises, fait remarquer que les femmes, même jeunes, castrées pour lésions tuberculeuses ne font que rarement, et le plus souvent de façon bénigne, des troubles par l'absence de la sécrétion ovarienne. Il est difficile d'expliquer ce fait.

Observation XXI

Mme F..., 40 ans, malade du Dr Barillet.

Aucun passé génital.

Après quelques douleurs dans le bas-ventre vide, il y a deux mois, un abcès dans le rectum.

A ce moment, au toucher, signes de grave péri-métro-salpingo-ovarite.

Traitement par le refroidissement sous surveillance à la clinique.

Les lésions régressent un peu, l'utérus se mobilise légèrement, mais il y a toujours un peu de fièvre (37°3, 37°6).

Très bon état général.

Douleurs très modérées au toucher, à peu près nulles spontanément.

Opération le 22 mars 1930.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie au balsoforme.

Incision médiane.

Double pyosalpinx adhérent, couvert d'anses grêles agglutinées.

Pseudo-kystes inflammatoires para-utérins.

Hystérectomie subtotale de gauche à droite.

Mikulicz. Paroi en trois plans (catgut).

Guérison après fistulette stercorale grêle fermée spontanément.

Fistule pyogène bacillaire persistant en avril 1931.

En 1940, va très bien; excellent résultat; pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Observation XXII

Mme C..., 25 ans, malade du Dr Quintard.

Aurait fait une péritonite à forme ascitique, il y a plusieurs années.

Depuis six mois, douleurs abdominales, fièvre à grandes oscillations, mauvais état général.

Double pyosalpinx perceptible, mais relativement peu douloureux.

Opération le 8 septembre 1930.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Anses grêles adhérentes à la vessie et au salpinx droit.

Double pyosalpinx (pus d'aspect tuberculeux) adhérent.

Hystérectomie subtotale difficile.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison.

En février 1932, va très bien.

Très bon état en novembre 1933.

Exitus en 1938 par tuberculose pulmonaire.

Observation XXIII

Mme L..., 37 ans, malade du Dr Béraud et envoyée au Dr Chauvenet pour salpingite subaiguë traînant depuis deux mois et non améliorée par le traitement médical.

Utérus gros et bloqué. Annexes douloureuses.

Opération le 17 février 1931.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane.

Double pyosalpinx tuberculeux couvert d'épiploon et d'anses grêles agglutinées dont la libération est extrêmement ardue et longue.

Hystérectomie subtotale difficile.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison.

Fistule tuberculeuse consécutive, encore en évolution en 1933, malgré un considérable relèvement de l'état général.

Vue en 1939, complètement guérie et allant très bien.

Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Observation XXIV

Mme P..., 30 ans, malade du Dr Frappereau.

Pleurésie il y a quelques années.

Opérée pour appendicite il y a trois ans par le Dr Chambard ; ce confrère a trouvé des lésions de péritonite tuberculeuse.

Depuis quelques mois, souffre, maigrit, a de la température (entre 38° et 40°).

Utérus bloqué dans « la coulée de suif » classique.

Opération le 24 juin 1931.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Intestin sain. Anses grêles collées sur un magma (granulations) utéro-annexiel.

Double pyosalpinx tuberculeux.

Hystérectomie subtotale de gauche à droite.

Péritonisation.

Paroi en un plan, sans drainage.

Guérison.

En mars 1933, va très bien.

En 1939, va très bien. Petits troubles d'insuffisance ovarienne.

Observation XXV

Mme B..., 30 ans, malade du Dr Tézé.

A subi une appendicectomie et une résection d'un genou pour tumeur blanche (Renon).

Souffre du bas-ventre; état fébrile.

Double pyosalpinx bloqué.

Etat général assez bon. Echec du traitement médical.

Opération le 31 décembre 1931.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Rachi-allocaïne : 0,10.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Double pyosalpinx bacillaire très adhérent.

Hystérectomie subtotale, toutes ligatures faites.

Paroi en trois plans (crins perdus) sans drainage.

Guérison.

Vue en 1935 : va très bien.

Vue en 1939 : va très bien.

Observation XXVI

Mlle F..., 18 ans, malade du Dr Gallois, est adressée au Dr Chauvenet.

A fait plusieurs crises extrêmement violentes avec température élevée et oscillante, traitées médicalement depuis plusieurs mois.

Grosses lésions résiduelles.

Opération le 19 mars 1932.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Rachi-allocaïne : 0,10.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx extrêmement adhérent; pus fétide; anses grêles agglutinées.

Salpingectomie bilatérale.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Excellent résultat se maintenant en juillet 1935.

Vue en 1939 : s'est mariée, va très bien, aucun trouble ovarien.

Excellent résultat en 1940 : pas de troubles ovariens.

Observation XXVII

Mme B..., 36 ans, malade du Dr Germont.

Souffre du ventre depuis de nombreuses années. Antécédents familiaux chargés.

Utérus un peu gros, bloqué par une double masse annexielle peu douloureuse et bloquée.

Opération le 9 juin 1932.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Rachi-allocaïne : 0,10.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx bacillaire (granulations) couvert d'adhérences intestinales.

Utérus gros; ovaires d'aspect normal.

Opération de Beuttner.

Appendicectomie. Enfouissement.

Paroi en trois plans (crins perdus), sans drainage.

Guérison.

Excellent résultat se maintenant en 1939.

Observation XXVIII

Mme C..., 28 ans, malade du Dr Py.

Règles irrégulières, bouffées de chaleur; température : 38°-39°.

Grosse masse pelvienne bloquée.

A fait une pleurésie.

A eu un enfant.

Diagnostic : Tuberculose utéro-annexielle.

Opération le 8 septembre 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane.

Double pyosalpinx tuberculeux; pus pelvien. Le tout est couvert d'anses intestinales agglutinées et difficilement libérées.

Hystérectomie subtotale difficile.

Appendicectomie.

Mikulicz. Paroi en un plan.

Guérison.

Résultat remarquable se maintenant en 1940. Aucun trouble ovarien.

Observation XXIX

Mme D..., 32 ans, malade du Dr Durand.

Depuis plusieurs mois, douleurs abdominales, règles douloureuses. Pertes blanches, amaigrissement. Température se maintenant entre 38° et 39°.

Utérus fixé en rétroversion, peu amélioré par le traitement médical.

Opération le 12 juin 1934.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Liquide séreux dans le ventre.

Pas de granulations sur l'intestin.

Appendice rouge, enflammé, dont la pointe est presque entièrement amputée.

Les deux trompes sont augmentées de volume, granuleuses, adhérentes au péritoine pariétal; les ovaires, surtout du côté droit, sont atteints.

Appendicectomie. Enfouissement.

Hystérectomie subtotale avec péritonisation difficile.

Fermeture en trois plans, crins perdus inversés, sans drainage.

Guérison.

Excellent résultat en 1940.

Troubles très légers d'insuffisance ovarienne.

Observation XXX

Mme R..., 37 ans, malade du Dr Pagé.

Malade souffrant depuis plusieurs mois du ventre.

Règles très douloureuses, pertes blanches. Température oscillant entre 38° et 39°.

Utérus peu mobile, très douloureux.

Cul-de-sac latéral gauche extrêmement douloureux.

Essai négatif du traitement médical.

La température reste autour de 37°5 et 38° et les douleurs ne se calment pas.

Antécédents bacillaires dans la famille. La malade est atteinte de kératite interstitielle et le Dr Chauvenet l'a opérée d'appendicite aiguë le 27 avril 1934.

Opération le 4 septembre 1934.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Adhérences épiploo-pariétales.

L'utérus est gros, marbré, d'une consistance cartonnée.

Les deux trompes, rouges, sont indurées par des nodules blanchâtres, d'aspect caséeux.

Il semble s'agir, comme on l'avait pensé cliniquement, d'une tuberculose annexielle.

Hystérectomie totale.

Paroi en trois plans, crins perdus, inversés, sans drainage.

Guérison.

Excellent résultat en novembre 1940.

Observation XXXI

Mme B..., 47 ans, malade du Dr Goupille, est adressée au Dr Chauvenet pour ménorragies abondantes depuis plusieurs années. Pertes plus abondantes et en dehors des règles depuis quelques mois.

Souffre du bas-ventre; état subfébrile.

Au toucher, fibrome peu mobile et douloureux, enclavé dans le pelvis.

A eu trois enfants.

Aucun antécédent tuberculeux.

Opération le 2 novembre 1935.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Adhérences grêles adhérentes au péritoine pariétal antérieur, et formant un magma intestinal couvrant le petit bassin.

On libère difficilement l'utérus qui présente un fibrome comme deux poings, latéral droit.

Double salpingite suppurée tuberculeuse.

Hystérectomie subtotale de gauche à droite après libération minutieuse du sigmoïde adhérent.

Pas d'appendicectomie.

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux), sans drainage.

Guérison après phlébite du membre inférieur droit ayant débuté avant l'intervention.

Excellent résultat en 1940.

Observation XXXII

Mlle B..., 16 ans, malade du Dr Boissin.

Pleurésie il y a quelques années.

Souffre du ventre depuis deux à trois mois et apparition d'un état fébrile avec température se maintenant entre 38° et 40°.

Grosse masse perceptible au-dessous de l'arcade crurale droite et par le toucher rectal qui décèle un blocage pelvien bien caractéristique de la tuberculose génitale.

Malade grasse et d'aspect floride.

La température et les douleurs ne sont pas calmées par le traitement médical.

Opération le 2 septembre 1936.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Sous un feutrage épais d'adhérences épiploïques et intestinales qu'on libère difficilement, on découvre l'utérus et un double pyosalpinx tuberculeux dont le droit, gros comme deux poings, est rompu pendant les manœuvres de libération.

Hystérectomie subtotale par décollation postérieure.

Pas d'appendicectomie.

Mikulicz. Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Vue en décembre 1936 : va très bien.

Excellents résultats en novembre 1940. Pas de troubles ovariens. Mais tendance plus marquée à une légère obésité.

Observation XXXIII

Mme L..., 41 ans, malade du Dr Houllier.

Souffre depuis deux ou trois ans.

Règles abondantes et douloureuses. Température élevée.

Utérus bloqué par une classique « coulée de suif » relativement indolente.

Mariée sans enfants.

Opération le 20 septembre 1937.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane.

Masse utéro-annexielle indescriptible, couverte d'épiploon et de grêle adhérents, recouvrant un abcès froid où se trouvent des coprolithes dont on ne retrouve pas l'origine cæcale ou sigmoïdienne.

Hystérectomie subtotale difficile.

Mikulicz. Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison après fistule tuberculeuse ayant duré trois ou quatre mois.

Excellent résultat se maintenant en novembre 1940.

Observation XXXIV

Mme A..., 37 ans, malade du Dr Bouchet.

A subi, il y a deux ans, une salpingectomie droite pratiquée par le Dr Chambard, pour pyosalpinx bacillaire.

Continue de souffrir malgré lit gardé depuis cette intervention.

Utérus bloqué. Masse para-utérine gauche peu mobile et douloureuse.

Etat général bon.

Radios pulmonaires et vertébrales négatives.

Opération le 20 octobre 1938.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus caché par un magma dense d'adhérences épiploïques.

Pyosalpinx tuberculeux gauche.

Hystérectomie subtotale de droite à gauche.

Péritonisation avec le sigmoïde.

Paroi en trois plans (catguts et crins perdus) sans drainage.

Guérison.

Excellent résultat en novembre 1940. Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Observation XXXV.

Mme G..., 31 ans, malade du Dr J. Landry.

Malade ayant fait une pleurésie il y a quelques années.

Depuis 7 ou 8 mois, ménorragies extrêmement abondantes. Pas de douleurs abdominales. Pas de température. Etat général apparemment excellent.

Le toucher montre l'existence d'un utérus porteur d'un fibrome du fond et semblant flanqué latéralement de plusieurs nodules fibromateux absolument indolores au palper.

Mariée sans enfants.

Opération le 6 novembre 1940.

Opérateur Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe bien un fibrome utérin, mais les masses latérales sont constituées en réalité par un double pyosalpinx tuberculeux extrêmement adhérent.

Hystérectomie subtotale difficile.

Il existe, en plus, intimement adhérent au côlon recto-sigmoïde, un kyste qui est probablement un gros tubercule caséeux et qu'on enlève.

Ablation de l'appendice, qui est d'aspect pathologique.

Fermeture pariétale en trois plans (catguts et crins totaux) sans drainage.

Guérison après suites simples.

4° *Résultats obtenus par les interventions partielles.*

La forme séreuse de la tuberculose utéro-annexielle n'est pas la seule a être favorablement influencée par la laparotomie et la simple exposition à l'air et à la lumière.

Nous avons vu que les Lyonnais montrent que ce traitement peut agir sur les formes parenchymateuses ou œdémateuses (Santy, Tavernier, Leriche).

D'autre part, quand on fait des interventions « à la demande » dans certaines formes suppurées ou caséeuses, il est hors de doute qu'on ne fait pas toujours des interventions anatomiquement « radicales ». On laisse peu ou prou de foyers caséeux, de tubercules, et pourtant (malgré que la fistulation pariétale soit fréquente et signe ce fait) on obtient la guérison et une guérison solide, pratiquement radicale.

Dans certains cas, même, de ces formes caséeuses, on recule devant les lésions trop étendues et on obtient des résultats appréciables.

Mais il n'en reste pas moins vrai que l'exérèse la plus étendue possible des foyers annexiels est ce qu'il faut essayer d'obtenir.

Dans ces cas, il est hors de doute que le traitement médical général (en y comprenant l'antigène méthylique ou la collobacilline) aide à obtenir le succès. La physiothérapie trouve ici ses indications.

L'héliothérapie, d'abord, avec ses ultra-violets, contribue manifestement à assécher les fistules pariétales (obs. 36, 38). Plusieurs de nos malades ont suivi régulièrement et méthodiquement ce traitement et il n'a pas peu contribué à parfaire le résultat. Dans ces cas, on peut aussi faire des R.X.

Observation XXXVI.

Mlle L..., 22 ans, malade du Dr Goupille.

Envoyée au Dr Chauvenet pour douleurs abdominales et présence d'une masse suspubienne douloureuse avec fièvre.

Antécédents familiaux extrêmement chargés au point de vue tuberculeux. (Le Dr Chauvenet opéra ultérieurement sa sœur pour péritonite tuberculeuse.)

Tumeur nettement génitale, fluctuante, peu douloureuse, bloquée.

Etat subfébrile; état général déplorable.

Diagnostic : Pyosalpinx tuberculeux.

Opération le 26 septembre 1929.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie au balsoforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Double pyosalpinx couvert d'adhérences intestinales et épiploïques.

Salpingectomie bilatérale difficile en conservant l'ovaire gauche d'aspect sain.

Attouchement au chlorure de zinc.

Drainage avec une mèche. Paroi en un plan.

Suites simples.

Il se fait secondairement une petite réouverture du bas de la cicatrice avec une fistule tuberculeuse qui guérit avec l'héliothérapie.

Le résultat se maintient en 1940.

Etat général excellent. La malade a pu se marier et mène une vie normale.

Vue en 1939 pour petite poussée douloureuse au niveau de l'ovaire gauche avec une petite métrorragie. Cette crise a duré quelques jours et a cédé au traitement médical à base de repos.

Observation XXXVII.

Mlle B..., 20 ans, malade du Dr Pagé.

Retard de règles de quelques jours ; puis douleurs très vives et constatation d'une masse para-utérine gauche douloureuse.

Utérus un peu gros.

Ces signes font penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; mais la masse gauche est bien volumineuse (3 poings) et de consistance kystique.

Pas de fièvre.

Le Dr Chauvenet a davantage l'impression qu'il s'agit d'un kyste à pédicule tordu.

Dans le doute, on intervient le 21 octobre 1937.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether + CO^2.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Péritonite kystique pelvienne, surtout développée à gauche, couvrant une double salpingite tuberculeuse à forme d'hydrosalpinx du côté gauche.

Adhérences grêles et vélamenteuses collant l'intestin au petit bassin.

On libère ces adhérences et on pratique une hystérectomie subtotale relativement facile, suivie d'appendicectomie.

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux) sans drainage.

Intervention sous U.-V.

Guérison.

Excellent résultat se maintenant en novembre 1940.

Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Observation XXXVIII.

Mme G..., 26 ans, malade du Dr Fourré.

Souffre du bas-ventre depuis de longs mois.

A fait depuis trois mois une crise plus violente et continue avec température à grandes oscillations.

Grosses lésions de péri-métro-salpingo-ovarite peu douloureuses eu égard à l'importance des lésions.

Se cachectise depuis quelque temps. Le traitement médical n'améliore rien.

A eu un enfant.

Pleurésie il y a dix ans.

Opération le 10 avril 1933.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Tézé.

Anesthésie à l'éther + CO^2.

Laparotomie médiane.

Ouverture difficile (blocage par adhérences) de la cavité péritonéale.

Double pyosalpinx tuberculeux.

Hystérectomie subtotale très ardue, se passant presque en dehors de la grande cavité tant sont serrées et denses les adhérences épiploïques et intestinales.

Mikulicz. Pas d'appendicectomie.

Paroi en trois plans (catguts et crins totaux).

Guérison après fistule tuberculeuse ayant duré un an, et traitée par héliothérapie.

Résultat excellent se maintenant en 1940.

Aucun trouble ovarien. Dirige une grosse exploitation agricole et travaille durement.

Nous n'avons qu'une seule observation (obs. 39) où, pour des lésions caséeuses traitées chirurgicalement par la simple laparotomie, on ait fait secondairement des R. X. (et ils ont été faits par un radiologue connu qui a publié maints articles sur ce traitement dans la bacillose génitale). Le résultat est assez décevant.

Ab uno non disce omnes...

Observation XXXIX.

Mme R..., 30 ans, malade du Dr Pagé.

A fait une pleurésie il y a quelques mois.

Douleurs dans le bas-ventre, amaigrissement, masses péri-utérines immobiles, peu sensibles.

Petit état subfébrile.

Après une ménorragie au début des accidents, a des règles extrêmement réduites. Pertes blanches abondantes.

Le diagnostic est celui de salpingite tuberculeuse.

Sans les antécédents, les constatations gynécologiques feraient penser à un cysto-épithéliome ovarien.

Opération le 30 juin 1936.

Opérateur : Dr Chauvenet. Aide : Dr Gallot.

Ether.

Laparotomie médiane.

Il s'agit de grosses lésions fibro-caséeuses avec maximum des lésions dans la région génitale où il existe un double pyosalpinx, caché sous un feutrage épais d'adhérences multiples.

Quelques granulations sur l'intestin.

On n'insiste pas; et, après exposition de la cavité péritonéale aux rayons ultra-violets, on referme en trois plans.

Suite simples.

La malade est envoyée en Sana où elle subira un traitement rœntgenthérapique (castration par R. X.).

Résultat médiocre.

Cette malade est suivie régulièrement.

Elle a toujours un mauvais état général et un peu de fièvre.

Les lésions génitales n'ont que peu régressé.

5° *La physiothérapie.*

Pour la plupart des gynécologues (J.-L. Faure, Opitz, Sirdey, Werthein, etc...) le traitement des annexites bacillaires continue à appartenir exclusivement à la chirurgie.

Pour d'autres, comme Kroning, Brumm et Schauta, il y aurait lieu, dans un grand nombre de cas, à se borner simplement à la laparotomie accompagnée ou suivie d'un traitement par les agents physiques ou même, la plupart du temps, à n'utiliser que ceux-ci.

Pour les radiologues (Salomon, Gibert, Mathez Cornat) la rœntgenthérapie devrait être pratiquée soit d'emblée soit après opération dans les diverses formes de la tuberculose utéro-annexielle, et en particulier dans « l'ascite et la pelvi-péritonite ascitique tuberculeuses des femmes jeunes, des vierges, formes curables par les autres méthodes mais plus rapidement curables par la rœngenthérapie qui agit comme thérapeutique locale de résorption et d'asséchement des lésions. La rœngenthérapie agit mieux que l'héliothérapie naturelle ou artificielle, elle est à préconiser sans restriction après toute laparotomie. »

« La salpingoovarite unie ou bilatérale, réchauffée ou non, compliquée ou non de péritonite basse. Kronig Schaulta ont renoncé à l'opération radicale dans ces cas. Mieux vaut irra-

dier d'emblée et opérer secondairement si l'indication se pose et si la rœngenthérapie a échoué ».

« La tuberculose annexielle avec pelvipéritonite ulcéro-caséeuse » (Mathez-Cornat).

L'évolution des fistules est favorablement influencée par la rœngenthérapie.

La première thérapeutique physique employée contre la tuberculose génitale de la femme est l'héliothérapie qui a donné, bien souvent, des résultats absolument certains. Cette thérapeutique, à condition qu'elle soit appliquée d'une façon progressive et prudente, contribue, de plus, énormément au relèvement de l'état général des malades traitées.

Les rayons ultra-violets qui furent employés à titre d'héliothérapie artificielle presque dès leur découverte dans le traitement des péritonites bacillaires, associés ou non à l'héliothérapie, sont toujours utilisés actuellement dans le traitement des annexites tuberculeuses, même par ceux qui en nient l'efficacité ou même qui vont jusqu'à les ignorer, comme Ferrari qui, dans les travaux récents sur la question, ne les cite pas.

La technique actuelle de l'application des rayons ultra-violets n'a que peu varié depuis son début; elle consiste en irradiations générales associées ou non à l'héliothérapie, sans ou après intervention chirurgicale, ou quelquefois plus simplement en irradiations locales au moment même de l'intervention.

On doit toutefois faire remarquer qu'il est prudent de s'abstenir des irradiations générales dans les cas de bacillose pulmonaire coexistant avec des lésions annexielles.

La technique des irradiations par les rayons ultra-violets est devenue, actuellement, du domaine courant et il ne nous paraît pas nécessaire de la rappeler ici. Nous insisterons, cependant, sur le choix de l'appareil émetteur, qui paraît capital à certains cliniciens. Si tous sont d'accord pour l'emploi de la lampe à vapeur de mercure pour les irradiations générales, il y a encore des divergences au sujet de l'appareil

émetteur à employer dans les irradiations locales, la lampe à arc de charbon polymétallisé remportant, dans ce cas, la majorité des suffrages.

Les rayons infra-rouges sont employés également en association, la plupart du temps, avec l'héliothérapie et les ultra-violets dans la période aiguë. Leur action sédative sur l'élément douleur est également très marquée dans certains cas et certains thérapeutes les préfèrent aux applications de glace. Ils permettent souvent d'obtenir rapidement la défervescence et la résorption des empâtements.

L'application des rayons infra-rouges est facile. Elle doit se faire en séances assez longues, répétées souvent deux fois par jour, mais en surveillant cependant attentivement les réactions des malades et en interrompant ces irradiations en cas d'élévation persistante de la température, de nausées, de vomissements ou de toute altération de l'état général paraissant consécutive à leur application.

La diathermie et son succédané actuel, les ondes courtes, plus faciles à employer, sont utilisées également dans le traitement de certaines formes d'annexites bacillaires et en particulier à la période subaiguë et à la période chronique où elles remplacent alors les infra-rouges. Les applications doivent en être faites à faible intensité (600 à 800 mA) et doivent être de courte durée (10 à 15 minutes), en recherchant la susceptibilité individuelle des malades, et en débutant par des doses faibles comme intensité et comme durée, avec augmentation progressive.

La radiothérapie, employée dès 1898 en France, par Ausset et Bédart, dans le traitement des péritonites bacillaires, et dont, à la même époque, Birchez présente une statistique portant sur cent deux observations, avec seulement 3 % de morts et 55 % de guérison durable, a donné, du fait de l'origine annexielle fréquente de cette affection, des espoirs qui ont contribué à en faire poursuivre l'étude et l'application dans les annexites bacillaires par un certain nombre d'auteurs.

Solomon en préconise l'application systématique dans les

cas non justiciables d'une intervention chirurgicale immédiate, ce traitement permettant toujours à la chirurgie de reprendre ses droits, soit en cas d'échec, soit en cas de complications nécessitant impérieusement une intervention.

Certains auteurs, comme Vogt, donnent 80 % de guérison dans les non opérées et, dans les cas où une intervention a été nécessaire, les statistiques du même auteur donnent également 80 % de guérisons persistantes.

Delherm, Laquerrière et Mme Fainsilber dans des travaux récents ne donnent aucune statistique, mais parlent d'une véritable résurrection produite par la radiothérapie dans les cas d'annexite bacillaire, en ajoutant, toutefois, que celle-ci ne doit pas être employée seule, mais en association avec les U.-V. et l'héliothérapie.

La technique à employer ne paraît pas être encore définitivement fixée quant à la dose à administrer, mais tous les auteurs sont d'accord pour l'emploi d'un rayonnement très pénétrant et très filtré, ce qui se comprend aisément, car on doit atteindre des lésions très profondes.

Gauss conseille une dose comprise entre le sixième et le tiers de la dose d'érythème avec radiation fractionnée. Lang administrent en une fois la moitié de la dose d'érythème, mais ils font remarquer que, bien qu'employant de nombreux petits champs, ils ont des réactions brutales. Solomon utilise la technique suivante : 200 Kv filtration 0,5 de cuivre + 1 Al, distance anti-cathode-peau 30 centimètres, deux champs irradiés par séance à raison de 500 R (Solomon) par champ, et deux séances par semaine; une dose totale de 4 à 5.000 R sera administrée par champ et cette dose sera répartie sur cinq semaines environ; on utilisera deux champs sus-pubiens et deux champs postérieurs, s'il s'agit de lésions bilatérales; un champ antérieur et un champ postérieur seulement dans les cas de lésions unilatérales. Une nouvelle série d'irradiations est pratiquée huit semaines après la première. Deux séries sont habituellement suffisantes pour amener la guérison.

La dernière technique radiothérapique a été décrite par

Delherm, Laquerrière et Mme Fainsilber dans leur *Traité d'électrothérapie* publié en 1938 : ils utilisent un rayonnement pénétrant (200 Kv) filtré sur 0,5 mm. de Cu + 2 mm. d'Al. et une distance anti-cathode-peau de 40 à 50 centimètres. Les séances sont de 50 à 120 R (internationaux) une fois par semaine en un champ ou en deux alternativement, selon la gravité des cas, les doses fractionnées de 50 à 60 R par séance étant mieux tolérées et ne donnant aucune réaction.

En cas de lésions bilatérales, un grand champ antérieur et un grand champ postérieur sont employés, mais, dans les cas de lésions unilatérales, ils insistent sur la nécessité d'employer un champ comprenant ovaire, trompe et utérus, en ayant soin de protéger les annexes saines.

Chaque champ doit recevoir 300 à 360 R, dose qui doit être répétée deux ou trois mois après, selon les cas, en insistant sur le fait que les doses doivent être d'autant plus faibles que l'affection est plus aiguë.

Cette technique est utilisée seulement dans la période aiguë; dans les formes subaiguës ou chroniques, la technique employée par ces auteurs se rapproche de celle de Solomon[1].

Mais, encore une fois, nous ne faisons ce rappel que pour mémoire. Nous n'avons pas eu à notre disposition directe assez de cas soignés uniquement par les moyens physiques pour apporter une contribution personnelle.

Il nous reste de nos lectures l'impression que ces moyens sont d'une valeur certaine comme adjuvants pré ou post-opératoires dans certains cas.

1. Nous remercions M. le docteur A. Colas (de Loudun) des renseignements qu'il a donnés avec obligeance.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Nous serons très brefs dans ce chapitre.

Sur les 39 opérations pratiquées pour tuberculose utéro-annexielle, il a été fait :

30 hystérectomies.
7 salpingectomies bilatérales.
2 laparotomies simples.

Les résultats sont les suivants (toutes nos malades ont été revues en 1939 ou en 1940) :

Guérison 34
Aucune amélioration 1
Décès immédiats 2

1 malade morte le 10e jour après l'intervention (obs. 11).
1 malade morte 2 mois après de méningite tuberculeuse (obs. 7).

Décès éloignés : 2.

1 malade morte de tuberculose pulmonaire 3 ans après l'intervention (obs. 1).
1 malade morte 8 ans après de tuberculose pulmonaire, après une guérison locale et générale qui s'est maintenue de nombreuses années (obs. 22).

Troubles d'insuffisance ovarienne :

Une seule de nos malades a présenté des troubles sérieux d'insuffisance ovarienne (obs. 4). Elle est actuellement soignée avec de la folliculine.

Cinq de nos malades ont présenté des troubles légers d'insuffisance ovarienne.

CONCLUSIONS

La tuberculose génitale de la femme, surtout dans ses manifestations annexielles, est loin d'être rare.

Contrairement aux annexites banales de causes diverses (gonococciques, puerpérales...) qui guérissent le plus souvent avec nos moyens médicaux actuels, leur évolution conduit généralement à l'intervention chirurgicale.

Celle-ci, qu'elle soit la simple exposition à l'air et à la lumière (avec ou sans le complément des U.-V.), les interventions limitées ou la castration avec hystérectomie, donne, dans la grande majorité des cas, des résultats absolument remarquables et durables.

La castration, même chez les femmes très jeunes (et il s'agit souvent de femmes très jeunes) ne donne qu'exceptionnellement des troubles par privation de la sécrétion ovarienne.

Dans les formes graves, il faut savoir ne pas reculer devant des interventions complexes et difficiles qui sont le prix de la guérison, mais dont la gravité est moindre que ne le feraient craindre, de prime abord, les circonstances opératoires.

Mais il faut aussi savoir, dans certains cas, borner l'acte chirurgical à la simple exploration et ne pas insister devant l'étendue des lésions et, en particulier, devant l'importance des lésions intestinales.

Dans ces cas, la laparotomie n'est pas inutile, et le traitement physiothérapique (roentgenthérapie, héliothérapie, ultra-violets) adjoint au traitement médical de base qui ne perd jamais ses droits, permet d'obtenir des résultats qui sont loin d'être négligeables.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 janvier 1941
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Albertin. — « Les abcès froids tubaires », *Lyon chirurgical*, 1908.

Badolle. — « Formes graves et compliquées de tuberculose annexielle de l'adulte, traitées par l'intervention et l'héliothérapie prolongée. Résultats immédiats », *Loire médicale* an XLV, janvier 1931.

Barea (Jean). — « Tuberculose fibro-osseuse des trompes », *Gynécologie et Obst.*, p. 345, t. XXVI, 1932.

Barthélemy. — « Les hémorragies symptomatiques de la tuberculose annexielle », *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1933.

Begouin. — « Tuberculose utérine », *Société d'Obst. et Gyn.*, 1925, p. 576.

— *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1928.

— « Traitement des Annexites », *Hôpital*, janvier 1938.

— « Tuberculose annexielle à forme aiguë « infectieuse générale », *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 466-468.

Begouin et **Papin**. — *Traité de pathologie externe*, t. V.

Benoît (Ch.). — Les infra-rouges en thérapeutique », *Revue d'Actinologie*, janv.-mars, 1926, p. 39 à 42.

— « Action thérapeutique des infra-rouges en association avec les ultra-violets », *Revue d'Actinologie*, avril-juin 1926, p. 93 à 100.

Béziers. — *Contribution à l'étude du traitement des annexites bacillaires par les rayons ultra-violets*, Thèse Paris, 1926.

Bellec. — *Des abcès froids tuberculeux des trompes*, Thèse Bordeaux, 1934.

Biancani (E. et H.). — *Lumière et rayons infra-rouges*, Gauthier-Villard, 1929.

Bodet (G.). — *Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des infra-rouges*, Thèse Bordeaux, 1929.

Bonnet. — *Tuberculose annexielle, envahissante du petit épiploon*, Soc. de Chirurgie de Paris, 3 juillet, 1931.

Bonnet et **Bulliard**. — « La tuberculose du col de l'utérus », *Gyn. et Obst.*, t. XXIV, n° 2, août 1932.

Brocq (P.). — « Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle », VIII[e] Congrès de l'Ass. des Gynécologues et obstétriciens de langue française, 5-7 oct. 1933. *Gyn. et Obst.*, 1933, t. XXVIII, p. 187-205.

Brocq (P.) et **Dupeux** (Mlle). — « Les idées actuelles sur le traitement de la tuberculose utéro-annexielle », *La Médecine*, 1934, p. 272-277.

Brody. — « La coexistence pleuro-péritonéale de la tuberculose et les troubles menstruels de la tuberculose génito-péritonéale », *P. M.*, an XXXVII, n° 38, 11 mai 1929.

— « *Conception moderne de la péritonite tuberculeuse et son traitement* », Le François, 1925.

Callaham (W. P.), **Schiltz**, **Hellwig**. — « Cancer et tuberculose de la trompe associés », *Surgery, Gyn. and Obst.*, vol. XLVIII, n° 1, janvier 1929. — Analyse *in Journal de Chirurgie*, vol. XXXIV, p. 559.

Charles. — *La tuberculose tubaire localisée*, Thèse Nancy, 1925.

Chevillon (Germaine). — *Etude anatomo-pathologique de la tuberculose des annexes de l'utérus*, Thèse Paris, 1933.

Condamin (F.). — *Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Résultats éloignés*, Thèse Lyon, 1928.

— « Régression et guérison postopératoire de certaines formes de tuberculose annexielle sous l'influence de la laparotomie », *Lyon Chirurgical*, 1929, t. XXVI, p. 673 à 685.

Colaneri, **Dufestel**, **Biancani**, **Livet**. — « Actinothérapie des tuberculoses viscérales », *B. et M. de la Soc. de rad. méd. de France*, novembre, 1925.

Cottenot (P.) et **Pierron** (E.). — *Les indications médicales et la technique des rayons ultra-violets*, Doin, 1933, p. 29.

Coulombeix (Marie). — *Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie de la tuberculose utéro-annexielle*, Thèse Paris, 1937.

Daniel. — « Tuberculose utéro-annexielle », *La Gynécologie*, août 1925, p. 445.

— « La tuberculose génitale de la femme », *Gyn. et Obst.*, 1932.

— « Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme », *Gynecol. si obstetrica*, t. IX, n^or 1 et 2, sept.-oct., 1933.

— *La physiothérapie en gynécologie*, Maloine, 1931.

Daniel et **Goldenberg**, **Bayler**. — « Résultats opératoires d'une série de 33 cas de tuberculose génitale », *Gyn. si obsletrica*, t. VII, n° 7 et 8, juillet 1931.

— Analyse *in Journal de Chirurgie*, 1932, t. XXXIX, p. 142.

David. — *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme*, Thèse Nancy, 1935.

Dehau. — *Etude clinique de la tuberculose annexielle*, Thèse Paris, 1920.

Delannoye (E.). — « Trois cas d'abcès froids tuberculeux », *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXIV, p. 453-456, juillet 1935.

Delherm, **Laquerrière** et **Fainsiller** (Mme). — *Traité d'électro-radiothérapie*, Masson, 1938, t. II, p. 1742-1744.

Delherm (L.) et **Grunspau de Brancas** (Mlle). — *Traité d'électro-radiothérapie*, Masson, 1938, t. II, p. 1596-1599.

Delorect et **Chalier**. — *La tuberculose génitale*, Paris, 1920.

Desgouttes et **Ollivier**. — « Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses », *Lyon médical*, 1913.

Devraigne, **Bloch** et **Meyer**. — *Un cas de tuberculose bilatérale au début coexistant avec une tuberculose cæco-appendiculaire*, Soc. d'Obst. et Gyn., Paris, 13 mai 1929.

Doher. — *Contribution à l'étude de la dégénérescence tuberculeuse des kystes de l'ovaire*, Th. Bordeaux, 1934.

Douay (E.) et **Iejureano** (J.). — « Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. Réaction de Besredka », *Gyn. et obst.*, mai 1930, t. XXI, p. 385.

Dupuis (Jacques). — *Du traitement des péritonites tuberculeuses*, Th. Paris, 1936.

Duvergey. — « Diagnostic, traitement de la tuberculose pelvienne de la femme », *Journal Méd. Franç.*, Paris, 1923, p. 285.

Ferrari (F.). — « Tuberculose génitale », *in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Gynécologie*, 2e éd. 1934, fasc. 481-490, p. 8 à 14.

Faure (J.-L.). — *Rapport au Congrès de Gynécologie*, Rome, 1902. — « Tuberculose annexielle », *P. M.*, 1922.

Forgue. — *Paris Médical*, juin 1922.

Fournier. — « Réflexion sur la tuberculose annexielle », *Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn.*, oct. 1933, t. XXII.

François. — « De la photo et de l'héliothérapie artificielle au moyen de la lampe à vapeurs de mercure et de la lampe à arc voltaïque », *Journ. de Rad.*, 1922.

Garat. — *Le choix des sources en actinothérapie*, Thèse Paris, 1926.

Gayet. — « Pyosalpinx tuberculeux fistulisés dans la vessie », *Lyon chirurgical*, 1923, p. 267.

Gilbert (P.). — « La rœntgenthérapie des annexites tuberculeuses », *Journal de Radiol. et d'Electro.*, 1929, t. XIII.

— « Physiothérapie de la tuberculose utéro-annexielle », *Gyn. et Obst.*, oct. 1933, t. XXVIII, p. 206-216.

Gouilloud. — « Tuberculose de l'utérus et des annexes », *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1927, p. 461.

Greil (G.). — « Discussion sur le traitement de la tuberculose génitale chez la femme». — VII^e^ Congrès international de la tuberculose. — *Weiner Klinische Woch.* an XLIII, n° 41, oct. 1930. — *Analyse in Journal de chirurgie*, vol. XXXVIII, p. 135.

Grimault. — Société d'obstétrique et Gyn., Nancy, 1924.

Guyot. — « Discussion au VII^e^ Congrès des Gyn. et Obst. de langue française, 5-7 oct. 1933 », *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 470-472.

Guyot et **Daraignez**. — *Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1922, p. 721.

Guyot et **Princeteau**. — « Un cas de tuberculose annexielle », *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, p. 485.

Guyot et **Traissac**. — *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXII, p. 56-58, janvier 1933.

Hartmann et **Bergeret**. — « Résultats d'intervention pour tuberculose annexielle », *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, p. 3-21.

Jamin et **Violet**. — « Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme », *Lyon médical*, 1904.

Jaudel. — *Sur la radiothérapie des salpingites tuberculeuses*, Th. Paris, 1931.

Jeannenay. — « Tuberculose du corps utérin localisée au myomètre » *Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 706.

Jeannenay (G.) et **Laporte** (F.). — « Un cas de fistule abdominale cataméniale », *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 mai 1932, p. 475.

Keller. — « Considérations sur le traitement de la tuberculose des annexes et du péritoine », *Gyn. et Obst.*, 1928, p. 286-291.

Kundrat. — « Tuberculose génitale de la femme », *Arch. f. Gynäk.*, 1920, p. 51. — Analyse *in Gyn. et Obst.*, 1921, t. II, p. 78.

Labbé. — *Les annexites tuberculeuses méconnues*, Thèse Bordeaux, 1926.

Laby. — *Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales*, Thèse Lyon, 1928.

Lapeyre. — « Double abcès froid tubaire », *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, janvier 1933.

Lapeyre et **Estor**. — « Cas de tuberculose avec tumeur végétante de l'ovaire », *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, t. XXIII, p. 311-314, avril 1934.

Lapeyre et **Guibert**. — « Formes hémorragiques de tuberculose du corps de l'utérus », *Gyn. et Obst.*, t. XXXIV, p. 182-190, septembre 1936.

Lenormand et **Moulonguet**. — « Tuberculose annexielle », *Gynéc. et Obst.*, 1920, t. II, p. 397.

Leriche. — « Tuberculose péritonéale chez la femme. — Discussion à la Société de Chirurgie de Lyon », *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 224.

Lopez-Doriga. — « Quelques formes cliniques atypiques de la tuberculose génito-péritonéale de la femme », *Revue d'obst. y Gyn.*, Esp., 1928, p. 209.

— Analyse in *La Gynécologie*, t. XXVIII, 1930, p. 121.

Lorrain. — *Les fistules abdominales dans la tuberculose utéro-annexielle et leur traitement chirurgical*, Thèse Bordeaux, 1938.

Marvaud. — *L'actino-thérapie et la rœntenthérapie des péritonites tuberculeuses*, Thèse Paris, 1926.

Mathez Cornat. — « Les indications du traitement rœntgenthérapique de la tuberculose génitale de la femme », *La Médecine*, juin 1933, pages 458-466.

— « Les Indications techniques et résultats du traitement rœntgenthérapique de certaines affections inflammatoires des organes génitaux de la femme », *Gyn. et Obst.*, 1932, t. XXV, p. 137.

« La radiothérapie gynécologique », *Curie et Rœntgenthérapie*, 1936, p. 181-188.

Mocquot. — « La tuberculose génitale de la femme », *Journal des Praticiens*, 22 janvier 1927, p. 49.

Mocquot et **De Rouville**. — « Les opérations conservatrices dans les lésions inflamatoires des annexes », *Congrès de chirurgie*, 1926.

Morozova et **Melnikoff**. — « Etude clinique et anatomo-pathologiques des modifications tuberculeuses des organes génitaux de la femme », *Rapport à la Soc. d'Obst. et Gyn. de Moscou*, 27 février 1929. — Analyse *in La Gynécologie*, vol. XXVIII, 1930, p. 445.

Moulonguet (P.). — « Etude clinique de la tuberculose utéro-annexielle ». — VIII[e] Congrès des gyn. et obst. de langue française, 5-7 oct. 1933, *Gyn. et Obst.*, oct. 1933, t. XXVIII, p. 147-186.

Munt. — « Tuberculose utéro-annexielle », *Revue Méd. de la Suisse romande*, t. 94, p. 284-289, 25 mars 1934.

Oslow (John). — « Contribution à la question du traitement de la tuberculose génitale de la femme », *Cieta Obstetrica. et Gyn. Scandinavia*, vol. V, fasc. I, 1926. — Analyse *in Gyn. et Obst.*, 1928, t. XVII, p. 332.

Papin (F.). — « Tuberculose génitale », *Journal de Méd. de Bordeaux*, t. CXII, p. 872-874, 30 nov. 1935.

— « Les opérations abdominales conservatrices en gynécologie », *Journal de Méd. de Bordeaux*, t. CXIII, p. 7-11, 10 janv. 1936.

Parcelier. — « Fistules pyostercorales après intervention pour tuberculose utéro-annexielle », *Bordeaux chirurgical*, 11 fév. 1932, p. 279.

Parcelier et **Venot**. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 août 1922.

Patel. — *Rapport au Congrès de Rome*, 1912.

— « Abcès froid tubaire », *Lyon chirurgical*, 15 avril 1920, p. 517-518.

Patel et **Montel**. — « Abcès froids ovariens », *Lyon Médical*, 1928, p. 262.

Patel et **Olivier**. — « Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle », *Revue de chirurgie et gyn. abdominale*, 1913.

Pellegrin. — *Contribution à l'étude des abcès froids lubaires*, Th. Montpellier, 1932.

Peterson. — « Cent cas de tuberculose pelvienne. Résultat du traitement chirurgical », *Am. journ. of obst. and gyn.*, 1922, p. 234.

Philippe. — *Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle*, Thèse Lille, 1925-1926.

Piotet (G.).— « Tuberculose des trompes de Fallope et du péritoine », *Rev. méd. de la Suisse romande*, t. LVIII, p. 749-758, 22 sept. 1938.

Picard. — « Annexite tuberculeuse, tuberculisation d'un fibrome et du rectum. Hystérectomie. Résection du rectum. », Soc. de Chirurg. de Paris, 27 oct. 1928 », *Bull. et Mem. Soc. nat. de Chir.*, t. LIV, p. 1066-1070.

Polosson. — « Tuberculose annexielle », *Lyon Médical*, 1904.
— « Tuberculose utérine », *Lyon chirurgical*, 1913.

Rabere, **Mandillon**. — « Tuberculose du muscle utérin et de la trompe », *Soc. de Chir. de Bordeaux et du S.-O.*, juin 1930. — *Soc. Obst. et Gyn.*, 1931, p. 55.

Rochat (R. L.). — *Gynéco. et obstétrique*, 1933, t. XXVIII, p. 220-236.

Rouffard (M.) et **Rouffard** (T.). — « A propos de 3 cas de tuberculose génito-péritonéale », *Bruxelle Médical*, au X, n° 28, 11 mai 1940.

Santy. —« Traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte », *Soc. de Chirur. de Lyon*, 1er décembre 1927 . — *Lyon Chirurgical* 1928, p. 210.

Sauvé. — « Péritonites tuberculeuses et leur traitement », *Journ. Méd. Franç.*, 1923, p. 273.

Siredey. — « Formes frustes de la tuberculose génitale de la femme », *La Médecine*, 1923, p. 494.

Solomon. — *Précis de radiothérapie profonde*, 1926, p. 393-395.

Smith (G. Van). — « Soixante-trois cas de tuberculose des trompes », *Am. journ. of obstetric and Gyn.*, vol. XVI, n° 5, p. 701-706, 5 nov. 1928.

— Analyse *in Journal de Chirurgie*, t. XXXIII, p. 598.

Vautrin. — « Traitement des tuberculoses localisées pelviennes », *Bull. Soc. de Gyn. et d'Obst.*, 1924, p. 196.

Vignal (W.). — *Les rayons ultra-violets et infra-rouges*, Doin, 1930, p. 192 à 195 et p. 204.

Villard. — « Traitement de la tuberculose annexielle », *Lyon chirurgical*, 1928, p. 246.

Violet. — « Tuberculose annexielle traitée par l'héliothérapie puis par l'intervention opératoire conservatrice », *Lyon Médical*, 1924, CXXXIV, p. 818.

— « Quelques cas de pyosalpinx inextricables traités par l'incision suivie de radiothérapie », *La Gyn.*, 1930, p. 467-476.

— « Stérilisation de l'ovaire par les rayons X dans certaines formes de tuberculose annexielle », *Lyon Médical*, t. CLX, p. 36-39, 11 avril 1937.

Vogt. — « Recherches sur le traitement rœntgenthérapique post-opératoire de la tuberculose génitale de la femme », *Strahlent*, 1921.

Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue, Bordeaux. — 1941.